جمعيـة الجـليـل الجمعية العربية القطرية للبحوث والخدمات الصحية

ركـــاز بنك المعلومات حول المجتمع الفلسطيني في إسرائيل

مـدى الكـرمل المركز العربي للدراسات الاجتماعية التطبيقية

إعـــلام مركز إعلامي للمجتمع العربي الفلسطيني في إسرائيل

الأوضاع الصحية للنساء العربيات في إسرائيل

ورقة سياسات

د. محمد خطيب

آذار 2012

المشروع هو بتمويل من الاتحاد الأوروبي

هذا الإصدار لا يمثل وجهة النظر الرسمية للمفوضية الأوروبية أو لمؤسسات الاتحاد الأوروبي. المفوضية الأوروبية لا تقبل أي مسؤولية على الإطلاق بالنسبة للمضمون.

الأوضاع الصحية للنساء الفلسطينيات في إسرائيل

إعداد: د. محمد خطيب
الترجمة العربية: نواف عثامنة
تصميم وإنتاج: وائل واكيم

يصدر هذا الكراس بدعم من الاتحاد الأوروبي

شفاعمرو – 2012
©حقوق الطبع محفوظة لجمعية الجليل- الجمعية العربية القطرية للبحوث والخدمات الصحية
ص. ب. 330 شفاعمرو، هاتف: 04-9861171 ناسوخ: 04-9861173 admin@gal-soc.org

المواد المنشورة في هذا الإصدار تعبر عن آراء كاتبيها، ولا تعكس بالضرورة مواقف جمعية الجليل- ركاز بنك المعلومات

محتويات

توطئة **5**

مقدمة **6**

الحق في الصحة **6**

النساء والحق في الصحة **8**

النساء الفلسطينيات في إسرائيل **10**
الديموغرافيا 10
العمل 10
الأوضاع الصحية لدى النساء الفلسطينيات: 11
مؤمل الحياة 12
معدل الوفيات 13
الأمراض المزمنة 14
السكري 16
ضغط الدم وأمراض القلب 17
سرطان الثدي 18
السُّمنة 21
استخدام خدمات الرعاية الصحية 23

النساء وميزانيات الدولة **24**
الصحة وميزانية الدولة 52
صحة النساء وميزانية الدولة 27

تلخيص وتوصيات **28**

جداول ورسوم بيانية

	الصفحة
جدول رقم (1): توزيع النساء الفلسطينيات في إسرائيل حسب الفئة العمرية ومنطقة السكن	10
جدول رقم (2): مؤمل الحياة في إسرائيل (1975-2010)	12
رسم بياني (1): مؤمل الحياة في إسرائيل (1975-2010)	12
جدول رقم (3): أسباب الوفيات لدى النساء في إسرائيل(لكل)100,000	13
رسم بياني (2): معدل الوفاة بسبب أمراض مختلفة لدى النساء حسب القومية (لكل 100,000 متناسب والجيل)	14
جدول رقم (4): نسبة الإصابة بمرض مزمن واحد على الأقل لدى العرب في إسرائيل (إفادات شخصية)	14
رسم بياني (3): نسبة الإصابة بمرض مزمن واحد على الأقل لدى العرب في إسرائيل (إفادات شخصية)	15
جدول رقم (5): نسبة الإصابة بأمراض مزمنة معيّنة لدى الفئة العمرية 21 سنة فأكثر حسب الجنس (إفادات شخصية)	15
جدول رقم (6): نسبة الإصابة بأمراض مزمنة معيّنة لدى الفئة العمرية 60 سنة فأكثر حسب الجنس (إفادات شخصية)	16
جدول رقم (7): نسبة الإصابة بالسكري لدى المجتمع الإسرائيلي حسب الجيل، الجنس والقومية	16
رسم بياني (4): نسبة الإصابة بالسكري بين النساء حسب الجيل، والقومية	17
جدول رقم (8): نسبة الإصابة بأمراض القلب في المجتمع الإسرائيلي حسب الجيل، الجنس والقومية	17
رسم بياني (5): نسبة الإصابة بأمراض القلب بين النساء حسب الجيل، والقومية	18
جدول رقم (9): نسبة الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في إسرائيل 1970-2009 (لكل مائة ألأف)	18
رسم بياني (6): معدلات الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء ، 1970-2009 (لكل مائة ألف)	19
جدول رقم (10): نسبة ارتفاع الإصابة بسرطان الثدي في السنوات 1979-2009	19
جدول رقم (11): نسبة إجراء فحص الميموغرافيا لدى النساء العربيّات في الأعوام 2007-2010	19
جدول رقم (12): توزيع النساء المصابات بسرطان الثدي حسب القومية ومرحلة الكشف	20
رسم بياني (7): توزيع النساء المصابات بسرطان الثدي حسب القومية ومرحلة التشخيص	20
رسم بياني (8): نسبة إجراء فحص الميموغرافيا لدى النساء العربيّات في الأعوام 2007-2010	20
جدول رقم (13): توزيع النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 21-34	21
جدول رقم (14): توزيع النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 35-49	21
جدول رقم (15): توزيع النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 50-64	21
جدول رقم (16): توزيع النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، جيل 65 وأكثر	21
رسم بياني (9): النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 34-21	22
رسم بياني (10): النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 50-64	22
رسم بياني (11): النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال +65	23
الجدول رقم (17): الزيادة الصافية على الدخل السنوي نتيجة خفض ضريبة الدخل، النساء الأجيرات بدون أولاد ورجال أجيرين، 2010-2016، حسب تدريج الدخل للعام 2008	24
جدول رقم (18): ميزانية وزارة الصحة للسنوات 2008-2012	26
رسم بياني 12: تكلفة سلة الخدمات الصحية, 1995-2009 التكلفة الفعلية مرتبطة كاملا بالغلاء	26

توطئة

لقـد بات واضحاً في العقدين الأخيرين دور ميزانية الدولة في إنتاج التراتبية الاقتصادية والسياسـية للفئات السـكانية المختلفـة، ووضع حـدود الحراك الاقتصـادي ومكانة الفئـات في المجتمع. وعليـه أصبح تحليل سياسات الميزانية وإسـقاطاتها السياسية والاجتماعية، وفحص مدى عدالة توزيع مركباتها أحد المواضيع الهامة في إطار المساعي الرامية إلى تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية بين فئات المجتمع. ومن أبرزها تغيير مكانة النساء الاقتصادية والاجتماعية، وزيادة مشاركة المرأة في الحيز العام، والارتقاء بالعملية التنموية.

ترمي ورقة السياسة هذه إلى دراسة وتحليل ميزانية وزارة الصحة من منظور جندري أثني. وهي جزء من مشروع بحث اوسـع يدرس «الأقلية والمرأة العربية في الموازنة الحكومية»، ويهدف الى زيادة التوعية لأهمية إعداد ميزانية مسـتجيبة لاحتياجات النوع الاجتماعي والفئات القومية المختلفة، والدفع نحو شـفافية أكبر في عملية إعداد وإقرار الميزانية العامة. يركّز المشروع على فهم النظم السياسـية والاقتصادية التي تؤثر على النسـاء العربيات في إسرائيل، من خلال دراسـة معمقة للميزانية في ثلاثة مجالات رئيسية: الصّحة، والعمل والتعليـم، مـن المنظورين الجندري والقومي. من أبرز أهداف المشروع اقتراح برامج وسياسـات محددة في هذه المجالات، ودفع الوزارات إلى تبني ميزانية مستجيبة لمتطلبات النوع الاجتماعي، والاهتمام بقضايا ذات علاقة قومية وجندرية، لتحقيق العدالة الاجتماعيّة، والمسـاواة بين الرّجال والنساء عامة، وللنساء العربيات على وجه الخصوص، وخفض مسـتويات الفقر لدى النساء العربيات. اختيار الوزارات المبحوثة كان بسبب أهميتها وفقا لأدبيات الاقتصاد السـياسي النسوي، في تغيير المكانة الاقتصادية للنساء، ورفع مشاركتهن في سوق العمل، وخفض الفقر.

نود تقديمَ شكرنا الجزيل للاتحاد الأوروبي على دعمه لهذا المشروع.

يشارك في هذا المشروع كل من جمعية الجليل-الجمعية العربية القطرية للخدمات والبحوث الصحية؛ ركاز- بنـك المعلومات حول المجتمع الفلسـطيني في إسرائيل؛ مدى الكرمل- المركز العربي للدراسـات الاجتماعية التطبيقية؛ إعلام- مركز إعلامي للمجتمع العربي الفلسطيني في إسرائيل.

طاقم المشروع

مقدمة

التعريف الأكثر شيوعاً لمفهوم الصحة، هو التعريف الذي ينص عليه دستور منظمة الصحة العالميّة: "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرّد انعدام المرض أو العجز".[1] ثمة العديد من العوامل التي تُحدّد صحة الفرد و تؤثّر عليها. بعضها يتعلق بالفرد نفسه: سلوكياته، بنيته الجسديّة، والعوامل الوراثيّة. ويتعلق البعض الآخر بالبيئة المادية، والاجتماعيّة، والثقافيّة والاقتصاديّة.[2] لذلك، فإن التأثير على الصحة يكون، بدون شك، عن طريق تغيير هذه الظروف، والتي تُعتبر شروط أولية للصحة. يشكِّل الطعام، التغذية، المسكن، مياه الشرب، الظروف المعيشية، العمل والبيئة الآمنة والصحية، أجزاء مركزيّة من الظروف التي يُشكّل غيابها مساً بصحة الفرد وانتهاكاً لحقوقه الأساسيّة.

الحق في الصحة

لقد شدّد إعلان آلما أتا (1978)، الذي تناول الرعاية الصحية الأوليّة[3]، على مبدأ توفير "الصحة للجميع" بحلول العام 2000. كما أكّد على كون الصحة هي حقا أساسيا، كما نصت عليه المعاهدة الدولية بخصوص الحقوق الاقتصاديّة والاجتماعيّة والثقافيّة. كما نص على ضرورة العمل من أجل تحسين الشروط البيئية التي يتحكم بها الفرد، وأكّد على النهوض بالصحة، الوقاية، التمكين والتعاون المجتمعي كإستراتيجيات هامة من أجل توفير الحقوق الصحية. كما حثّ الإعلان الدول والحكومات على ضرورة التعاون بينها من أجل توفير الصحة.

كما أكّدت منظمة الصحة العالميّة أن حق التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسدية والعقلية الذي يمكن بلوغه، **هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان**، دون تمييز بسبب الانتماء القوميّ، أو الديني، أو السياسي، أو بسبب الحالة الاقتصاديّة، أو الاجتماعيّة.

الحقوق الإنسانيّة هي الضمانة القانونيّة لحماية القيم الكونيّة لكرامة الإنسان وحريّته. وتتضمن الحقوق الإنسانية الحقوق المدنيّة، الثقافيّة، الاقتصاديّة، السياسيّة والاجتماعيّة، التي صادقت عليها دول وحكومات العالم، والتي كرستها المواثيق الدوليّة التي تُلزم الجميع من الناحية القانونيّة.

تنص المادة 25(1) من الاعلان العالمي لحقوق الانسان (1948) على ما يلي: "لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهيّة له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الإجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة

1 http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/AR/constitution-ar.pdf
2 Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen. Institute for future studies.
3 أنظروا: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf

والمـرض"[4]. وهنالك مواثيق دوليّة أخرى تشـتمل على مضامين مفصلة وأكثـر مباشرة . وشكّل هذا الإعلان أساساً للحقوق الاقتصاديّة، والاجتماعيّة، والثقافيّة والحقوق المدنيّة والسياسيّة.

أما المبادئ الأساسيّة في مجال الصحة فهي:

- مبدأ المسـاواة ومنع التمييز، والقائم على أسـاس أن جميع البشر متسـاوون ولهم حق التمتع في جميع حقوقهم، دون تمييز على أسـاس القومية، اللون، الجيل، لغة الأم، الدين، المعتقد السياسي، الطبقـة، القدرة ومكان الولادة. يُلـزم هذا المبدأ جميع الدول بتشـخيص التمييز (المقصود وغير المقصـود) ومعالجتـه بكل الوسـائل القانونية والسياسـية، واتخاذ جميع التدابـير العملية، بما فيهـا التوزيع العـادل والمنصف للموارد والخدمـات الصحية. وثمة أهميّة خاصـة لهذا المبدأ في السياق الجندري، لأن وضع النساء كمجوعة مستضعفة ليس فقط بسبب التمييز حسب الجنس والجندر، بل أيضاً بسـبب انتمائهن لجموعات في خطر، مثل الأقليات الإثنية، أو ذات الاحتياجات الخاصة.
- مبدأ الشراكة وعدم الإقصاء، الذي ينص على ضرورة إشراك الأفراد في القرارات المتعلقة بهم والتي قـد تؤثر عليهم، مثل تخطيط، تطبيق وتقييم التدخـلات في مجال الصحة. ويجب أن تكون هذه الشراكة فعّالة، مُتحررة وهادفة.
- مبـدأ المسـاءلة الذي يُلزم الحكومـات ومُتخذي القرارات بشـفافية أفعالهم وتسـويغ خياراتهم وقراراتهم. كما يُلزم بتطوير آليات للتقييم والمقاضاة في حالة عدم قيام المسؤولين بمسؤولياتهم.

في العام 1966 تم التوقيع على معاهدتين دولتين هامتين: الأولى: المعاهدة الدولية بخصوص الحقوق المدنية والسياسـية، والتي صادقت عليهـا إسرائيل بتاريخ 18.8.1991. وتتضمن منـع التعذيب وإجراء تجارب طبيـة على البشر دون موفقتهـم؛ الثانية: المعاهدة الدوليـة بخصوص الحقوق الاقتصاديـة، والاجتماعية، والثقافية، والتي تنص على حق كل إنسان التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسدية والعقلية الذي يمكن بلوغه (المادة 12.1).

تتضمـن المعاهـدة الدوليـة بخصوص الحقوق الاقتصادية، والاجتماعيـة، والثقافية، التدابير التي يجب على الدولة اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذه الحقوق. وفيما يلي التدابير في مجال توفير الصحة:

1. العمل على خفض معدل موت المواليد ومعدل وفيات الرُضّع وتأمين نمو الطفل نمواً صحيّاً.
2. تحسين جميع جوانب الصحة البيئيّة والصناعية.
3. الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها.
4. تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبيّة والعناية الطبيّة للجميع في حالة المرض.

لاحقـاً تمت صياغة ثلاثـة معاهدات دولية هامة في مجال الصحة؛ الأولى: اتفاقية القضاء على جميع أشكال

4 http://www.un.org/ar/documents/udhr/

التمييــز ضد المرأة (1979)، والتي صادقت عليها إسرائيل بتاريــخ 3.10.1991. تنص هذه الاتفاقية على واجــب الدولــة بالعمــل على اتخاذ كافة التدابير المناســبة للقضاء عــلى التمييز ضد المــرأة في مجال الرعاية الصحيــة[5]؛ الاتفاقية الثانية، هــي الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكــال التمييز العنصري (1965)، والتــي تنــص على ضرورة القضــاء على التمييز العنصري، بمــا في ذلك التمييز في مجــال الصحة؛ الاتفاقية الثالثة، هي اتفاقية حقوق الطفل (1989)، والتي صادقت عليها إسرائيل بتاريخ 4.8.1991.

تتناول المادة 24 من الاتفاقية الحقوق الصحية للطفل بشكل أوسع مما ورد في معاهدة الحقوق الاجتماعية، وتنص على حق الطفل في الحصول على جميع وسائل الرعاية الصحية إعادة التأهيل الصحي. وتحث الدول عــلى بذل قصارى جهدها لتضمن عدم حرمان أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية. كما تتضمن الاتفاقية التدابير العملية لضمان تطبيق هذه الحقوق. كما تلتزم الدول الأطراف باتخاذ جميع التدابير بهدف إلغاء الممارســات التي تضر بصحة الأطفال. وتكفل الاتفاقية حقوق الأطفال المعاقين، بما في ذلك منالية خدمات الرعاية الصحية وسهولة الوصول إليها.

الحق في الصحة هو حق أســاسي مشــتق من الحق في الحياة ومبادئ الحرية والكرامة. وقد تم تكريس هذا الحق في العديد من المواثيق الدولية، والتي تشــتمل على المبادئ والتدابير والوســائل التي تكفل تطبيق هذه المبادئ. وتنعكس هذه المواثيق والمبادئ في القوانين والأنظمة والتعليمات التي تشكل إطاراً تطبيقياً وعملياً. تطرقت بعض المواثيق الدولية بشــكل عيني لمجموعات مثل الأطفــال والنساء. ولقد شكلت اتفاقية القضاء عــلى جميع أشكال التمييز ضد المــرأة لعام 1979 (CEDAW) نقطة مفصليــة في تاريخ حقوق المرأة، بما فيهــا الحقوق الصحية. حيث أكدت أنه رغم الأطر القانونية والصكوك التي تكفل العدالة والمساواة، وتمنع التمييــز ضــد النساء، لا يزال هناك تمييز واســع النطاق ضــد النساء، وما زلن يعانين مــن انعدام الحقوق مقارنة بالرجال[6].

النساء والحق في الصحة

تتأثر صحة النساء من عوامل اجتماعيّة واقتصاديّة مختلفة: العمالة، التعليم والمكانة الاجتماعيّة الاقتصاديّة. تشــير الدراسات إلى وجود علاقة وطيدة بين مستوى التعليم لدى النساء وبين معدل الولادات. وهذا يتعلق، كمــا يبدو، بالنظرة التقليديّة بخصوص وظائفهــن الانجابية. ومن المعروف أن الولادات المتعددة ووتيرتها تؤثــر كثيراً عــلى صحة النساء. كما أن اللا مساواة بين الرجال والنساء داخل الأسرة تؤثر ســلباً على صحة النســاء، عــن طريق تعرضهن لأنواع العنف والمس في تغذيتهن. وتشــكل الفــروق البيولوجية بين الجنسين مصــدراً للفروق بين مسببات الأمراض والوفاة بين الجنســين، مما يعني أيضاً وجود فروقات في احتياجات

5 أنظروا نص الاتفاقية باللغة العربيّة على الرابط التالي: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/0360793A.pdf

6 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564083_eng.pdf (بالانكليزية).

خدمات الرعاية الصحية لدى الطرفيّن.

تنص المادة الثانية عشر من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة على واجب الدولة في اتخاذ التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد النساء في مجال خدمات الرعاية الصحية؛ منالية هذه الخدمات، بما فيها الخدمات المتعلقة في تخطيط الأسرة، الحمل والولادة. وتنص الاتفاقية بشكل مباشر على حماية صحة النساء وتتضمن تعليمات واضحة التي تكفل كلا من:

1. المساوة في الحقوق بين الرجل والمرأة بخصوص قرار عدد الأطفال والفترة بين إنجاب طفل وآخر، وحق الحصول على المعلومات والوسائل التي تكفل ممارسة هذه الحقوق.
2. منالية الحصول على معلومات في مجال التثقيف الصحي.
3. حماية سلامة المرأة في العمل.
4. منالية خدمات الرعاية الصحية والظروف الصحية المناسبة للنساء في المناطق الريفية.

كما تتطرق الاتفاقية إلى الواجبات المختلفة للدولة التي تؤثر بشكل مباشر على صحة النساء، وخاصة النساء بنات الأقليات، مثل:

- إلتزام الدولة في العمل على تقليص التسرب من المدارس.
- إلتزام الدولة في تحديد وتطبيق الحد الأدنى لسن الزواج.
- إلتزام الدولة في تعديل الأنماط الاجتماعية والسلوكية والعرفية التي تميّز ضد المرأة، مثل ختان البنات.

في العام 1999 تبنت لجنة سيداو البروتوكول رقم 24 المرفق للاتفاقية ، والذي تنص المادة 12 فيه على الاعتراف بالاختلافات البيولوجية بين الرجال والنساء ، وبالعوامل الاجتماعية التي تؤثر على الحالة الصحية، كما أكدت على أهمية احتياجات المجموعات السكانيّة المستضعفة، مثل النساء، وخاصة المنتميات إلى أقليات إثنية، اللاجئين، العمال الأجانب وغيرهم. كما تنص التوصية على أن إنعدام خدمات الرعاية الصحية الوقائية للنساء يعني عدم إحترام الدولة لإلتزاماتها. وتؤكد التوصية على واجب الدولة في إحترام الحقوق الصحية، حمايتها وتطبيقها. أي، توفير الموارد المناسبة لضمان حق النساء في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المجانيّة عند الضرورة. وكذلك توفير خدمات التثقيف والتوعية الصحية.

زيادة على ذلك، فإن التوصية تشتمل على أمرين هما غاية في الأهمية في السياق الإسرائيلي. الأول، التزام الدولة في اتخاذ سياستها الصحية بناء على قاعدة معلومات موثوقة وعلى دراسات علميّة بخصوص مسببات الأمراض، والأوضاع الصحية للنساء واحتياجاتهن، مع الأخذ بعين الاعتبار المميزات الخاصة للمجموعات المختلفة؛ الثاني، التزام الدولة بتخصيص الموارد العامة التي تكفل صحة النساء والرجال، وعدم التنصل من هذه المسؤولية عن طريق نقل هذه الخدمات إلى جهات خاصة. وثمة أهمية خاصة للتأكيد على واجب الدولة في توفير وتخصيص الموارد للنهوض في صحة النساء بناء على احتياجاتهن الخاصة.

النساء العربيات في إسرائيل

الديموغرافيا

تشـير معطيات المسح الاجتماعي الاقتصادي 2010 لجمعية الجليل[7]، أن عدد النساء العربيّات في إسرائيل فوق جيل 20 سنة يصل إلى 319,220 أمرأة، أي 52.6% من مجمل النساء العربيات. 47.4% من النساء العربيّات تحت جيل 20 سنة، بينما نسبة النساء فوق جيل 60 سنة هي 6% (جدول رقم 1). أما في منطقة الجنوب فإن نسبة النساء تحت جيل 20 سنة تصل إلى أكثر من 60% من مجمل النساء.

ويصـل معدل الخصوبة الكلي للنساء 3.8 مولوداً (لكل 1000 أمرأة)، والجيل الأسـاسي للانجاب هو 25-29 مـع معـدل خصوبة تفصيلي 222.2. ويتضح أيضاً أن النسـاء العربيات يتزوجن عادة في جيل صغير نسبيـاً، حيث تصل نسبة المتزوجات مـن الفئة العمرية 16-17 إلى 11.8%، و 89.5% من النساء في جيل 25 سنة متزوجات.

جدول رقم (1): توزيع النساء العربيات في إسرائيل حسب الفئة العمرية ومنطقة السكن

	الشمال	حيفا	الوسط	الجنوب	المجموع
اقل من 20	44.6	34.3	47.0	60.8	47.4
20-60	48.7	58.7	46.9	36.6	46.6
أكثر من 60	6.7	7.0	6.1	2.6	6.0

ظاهـرة زواج الأقارب ما زالت منتشرة وتشـكل 39.5% من مجمل الزيجات لـدى النساء العربيات (قرابة درجـة أولى 27.6%، قرابـة درجة ثانية وأكثر 11.9%). ونجـد أن نسبة زواج الاقارب في منطقة الجنوب 61.4%، مقابل 40.4% في منطقة الوسط، 36.9% في منطقة الشمال و 29.8% في منطقة حيفا.

العمل

بلغـت نسبة مشـاركة النساء العربيّات في إسرائيل في سـوق العمل[8] 26.4%، مقابـل 63.3% لدى النساء اليهوديـات[9]. ويتضـح من المعلومات أن نحو 17% من النساء العربيات العاملات متزوجات، مقابل 28% مطلقـات و 22.5% عزبـاوات. ويلاحظ أن نسبة عمالة النساء المسيحيّـات العربيات أعلى من نسبة عمالة المسلمات والدرزيّات. حيث نجد أن 32.2% من النساء المسيحيات يشاركن في سوق العمل، مقابل 19.3% لـدى الدرزيات وفقط 16.7% لدى المسلمات. كمـا أن 46% من النساء العربيات العاملات يعملن بوظيفة

7 الفلسطينيون في إسرائيل: المسح الاجتماعي الاقتصادي الثالث 2010. "ركاز" – بنك المعلومات، جمعية الجليل.

8 تُعرّف المشاركة في سوق العمل على النحو التالي: "جميع الأفراد من الفئة العمرية لجيل العمل (القوى العاملة) والذين يعملون كأجيرين أو مُشغلين، بما في ذلك أفراد الأسرة الذين يعملون في إطار عمل الأسرة دون مقابل".

9 كتاب الإحصاء السنوي 2011، دائرة الإحصاء المركزية.

كاملة، مقابل 21.6% يعملن في وظائف جزئية. وأفادت 11% من النساء اللواتي يعملن بوظائف جزئية أن الأمر بسبب عائد التزاماتهن وأدوارهن كأمهات وكراعيات لأطفالهن، بينما أفادت 8.8% منهن بأن ذلك بسبب عدم العثور على عمل بوظيفة كاملة.

تفيد النساء العربيات اللواتي لا يشاركن في سوق العمل أن السبب الأساسي لذلك هو التزاماتهن للعناية في البيت، تربية الأولاد والاهتمام باحتياجاتهم. ويُشار إلى عدم وجود اختلافات بين المناطق السكنية المختلفة في هذا السياق (65.3% في الجنوب، 61% في الوسط، 64.7% في حيفا و 59.6% في الشمال). وتجد الإشارة إلى أنه حيث تتوفر فرص عمل للنساء فإن نسبة مشاركتهن في العمل ترتفع. أي، أن مشاركة النساء العربيات في سوق العمل تتأثر بشكل خاص من فرص العمل المتوفرة لهن، أكثر من تأثرها بعوامل ثقافوية واجتماعية.

فيما يتعلق بالعلاقة بين مستوى التعليم والمشاركة في العمل، تشير معطيات المسح الاجتماعي الاقتصادي إلى أنه كلما ارتفع مستوى التعليم فوق الثانوي لدى الرجال العرب ارتفعت نسبة مشاركتهم في العمل. أما لدى النساء، فإن معدلات البطالة ترتفع كلما ارتفع مستوى تعلمهن.

بالنسبة لأماكن العمل المفضلة، يتضح أن النساء العربيّات يعملن عادة في نطاق حدود منطقة سكناهن. أما الرجال العرب فيسافرون يوميّاً تسعين كيلومتراً بالمعدل إلى مكان العمل. يبعد مكان العمل لدى 69.5% من النساء العاملات 0–9 كيلومتراً من مكان السكن، بالمقابل لدى 15.6% من العاملات فإن مكان العمل يبعد 29 كيلومتراً عن مكان السكن.

الأوضاع الصحية لدى النساء العربيات:

تشير جميع الاستطلاعات والأبحاث التي تتناول الأوضاع الصحية في إسرائيل إلى الفجوات الواسعة بين الفئات السكانية المختلفة، وخاصة بين العرب واليهود. وتشير الاستطلاعات التي تتناول الأوضاع الصحية في المجتمع العربي إلى الأوضاع الصحية الصعبة. حيث يعاني المجتمع العربي في إسرائيل من نسب عالية للأمراض المزمنة، وأنواعا معينة من الأمراض السرطانية الخبيثة، والأمراض الوراثية والتشوّهات المولودة[10]،[11]. وتشير المعطيات إلى أن مؤمل الحياة لدى الرجال والنساء العرب أقل من مؤمل حياة الأفراد في المجتمع اليهودي. أضف إلى ذلك معدل وفيات الرضع العالية، وخاصة لدى المواطنين المسلمين. وبناء على المعطيات الرسمية فإن الأوضاع الصحية للنساء العربيات هي الأصعب بالمقارنة مع بقية المجموعات السكانية. وينعكس هذا الوضع عبر مؤمل الحياة المنخفض، نسبة الإصابة بالأمراض، ومعدل وفيات عالية بسبب الأمراض المزمنة، ارتفاع متواصل بمعدلات الإصابة والوفاة من سرطان الثدي، زيادة الوزن، والسُمنة وغيرها.

10 وزارة الصحة، المركز القطري لرقابة الأمراض. الوضع الصحي لدة المجتمع العربي في إسرائيل 2004. نشرة رقم 266 (تموز 2005).

11 وزارة الصحة، المركز القطري لرقابة الأمراض. الوضع الصحي لدة المجتمع العربي في إسرائيل 2008. نشرة رقم 329 (تشرين الثاني 2010).

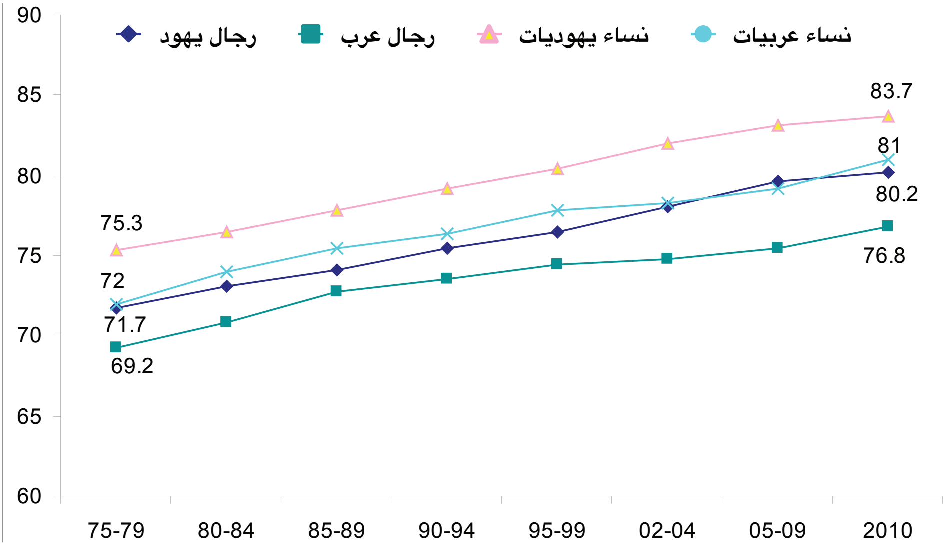
مؤمل الحياة

في العام 2009 كان مؤمل الحياة في إسرائيل 79.7 سـنة لدى الرجال و 83.5 لدى النساء (دائرة الإحصاء المركزيّة، 2010). وتشير المعطيات، في هذا السياق، إلى وجود فجوات كبيرة بين العرب واليهود، حيث يتضح أن مؤمـل الحيـاة لدى اليهود (رجـالاً ونساءً) أكبر بكثير من المعدل لدى العـرب. مع ذلك يلاحظ ارتفاع في معدلات الحياة لدى المجموعتين (تقرير OECD)[12].

جدول رقم (2): مؤمل الحياة في إسرائيل (1975-2010)

	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	02-04	05-09	2010
رجال يهود	71.7	73.1	74.1	75.5	76.5	78.1	79.6	80.2
رجال عرب	69.2	70.8	72.7	73.5	74.4	74.8	75.4	76.8
نساء يهوديات	75.3	76.5	77.8	79.2	80.4	82	83.1	83.7
نساء عربيات	72	74	75.5	76.3	77.8	78.3	79.2	81

رسم بياني (1): مؤمل الحياة في إسرائيل (1975-2010)



12 OECD Health Data 2011(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

معدل الوفيات

يشــكل السرطان السبب الرئيسي للوفاة لدى جميع ســكان إسرائيل. ولدى مقارنــة المعطيات لا نجد فروقاً جديــة بين النســاء العربيات والنساء اليهوديات (نحو 75 لكل مائة ألــف). مع ذلك نلاحظ أن نسبة الوفاة بسبب السرطان لدى الرجال أعلى مما هي لدى النساء.

تشــكل أمراض القلب السبب الثاني الأكثر شيوعاً للوفيات. ويصل نسبــة الوفيات لدى الرجال العرب لهذا السبــب إلى 92.6 لكل 100,000 (ضعفــي النسبة لدى الرجال اليهود). أما النســبة لدى النساء العربيات فتســاوي النسبــة لدى الرجال اليهود (47.8 لكل 100,000)، وهو ضعــف النسبة لدى النساء اليهوديات لهذا السبب[13].

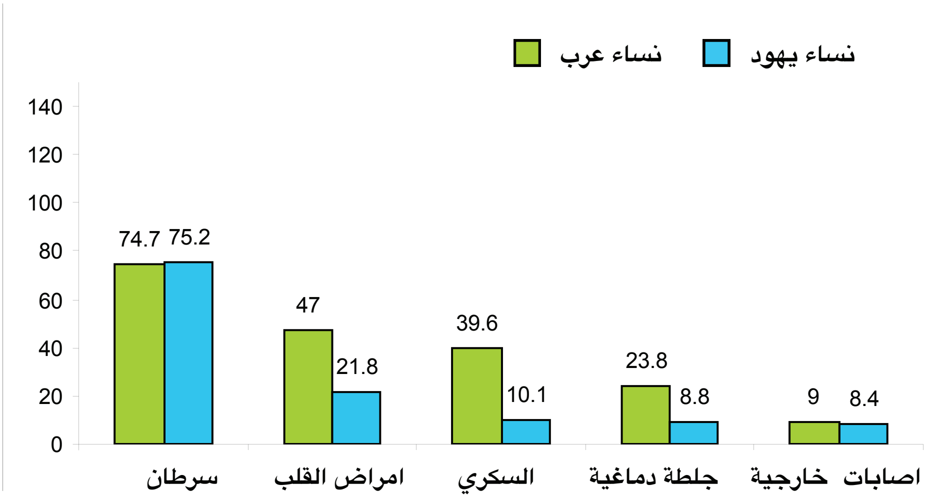
و يشــكل السكــري السبــب المركزي الثالث للوفيات. وتصــل نسب الوفيات لدى النســاء العربيات من هذا المــرض إلى 39.6 لكــل 100,000، مقابل 10.1 لكــل 100,000 لدى النساء اليهوديــات. أما نسبة الوفاة بسبــب الجلطة الدماغية لدى النساء العربيــات فتصل إلى 23.8 لكل 100,00، مقابل 8.8 لكل 100,000 لدى النساء اليهوديات (تقرير الأوضاع الصحية في إسرائيل 2010).

جدول رقم (3): أسباب الوفيات لدى النساء في إسرائيل(لكل)100,000

	السرطان	أمراض القلب	السكري	جلطة دماغية	إصابات خارجية
نساء عربيات	74.7	47.0	39.6	23.8	9.0
نساء يهوديات	75.2	21.8	10.1	8.8	8.4

13 تقرير الأوضاع الصحية في إسرائيل 2010، المركز القومي لمراقبة الأمراض. نشرة رقم 333 ، آب (2011). http:// www.pagegangster.com/p/v9rZd/ (تم التحديث في تاريخ 25.2.2012).

رسم بياني (2): معدل الوفاة بسبب أمراض مختلفة لدى النساء حسب القومية (لكل 100,000 متناسب والجيل)



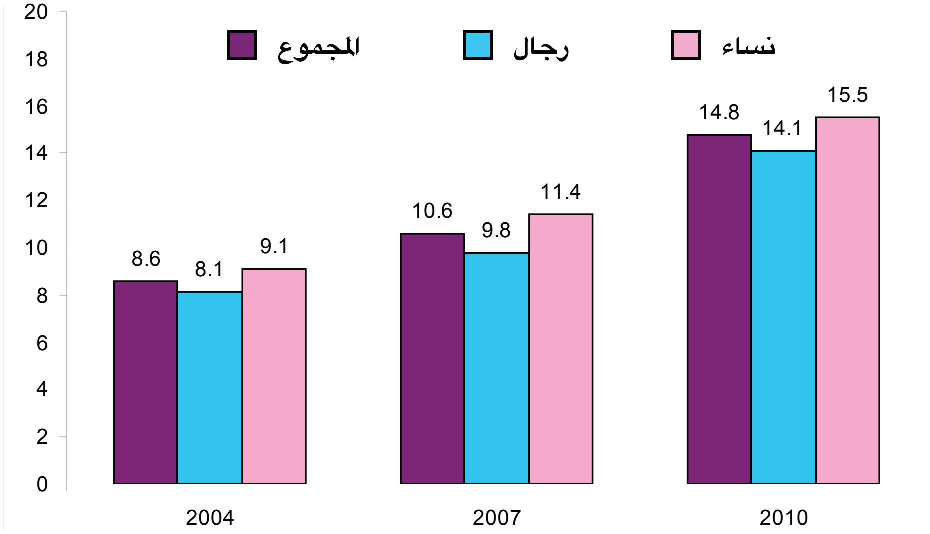
الأمراض المزمنة

تشير معطيات المسح الاجتماعي الاقتصادي لجمعية الجليل أن 14.8% من المواطنين العرب أفادوا أنهم يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل، بواقع 15.5% لدى النساء، مقابل 14.1 لدى الرجال. كما تم رصد فجوات بين المناطق الجغرافية والبلدان المختلفة.

جدول رقم (4): نسبة الإصابة بمرض مزمن واحد على الأقل لدى العرب في إسرائيل (إفادات شخصية)

	2004	2007	2010
المجمل	8.6	10.6	14.8
رجال	8.1	9.8	14.1
نساء	9.1	11.4	15.5

رسـم بياني (3): نسـبة الإصابـة بمرض مزمن واحد عـلى الأقل لدى العـرب في إسرائيل (إفادات شخصية)



كما تشـير معطيات المسح إلى أن 10% مـن السكان العرب من الفئة العمرية 21 سـنة فأكثر يعانون من مـرض السكـري، بواقع 9.3% لدى النساء، مقابل 10.8% لدى الرجـال. 10.5% من السكان العرب من نفس الفئة العمرية يعانون من ضغط الدم، بواقع 8.9% لدى الرجال، مقابل 12.2% لدى النساء.

أمـا لـدى الفئة العمرية 60 سـنة فأكثر، فقد أفـاد 41.7% أنهم يعانون من السكـري، بواقع 45% لدى النساء، مقابل 38.2% لدى الرجال. ويشكل ضغط الدم المرض الأكثر شيوعاً لدى هذه الفئة العمرية، حيث يعاني 45.5% منهم من ضغط الدم، بواقع 55% لدى النساء، مقابل 39.4% لدى الرجال.

جدول رقم (5): نسـبة الإصابة بأمراض مزمنة معيّنة لدى الفئة العمرية 21 سـنة فأكثر حسب الجنس (إفادات شخصية)

	السكري	ضغط الدم	أمراض القلب	الكولسترول	السرطان	الربو
كلي	10.0	10.5	4.1	6.6	0.7	1.8
رجال	9.3	8.9	4.9	6.4	0.7	1.6
نساء	10.8	12.2	3.4	6.7	0.7	1.9

جدول رقم (6): نسـبة الإصابة بأمراض مزمنة معيّنة لدى الفئة العمرية 60 سـنة فأكثر حسب الجنس (إفادات شخصية)

	السكري	ضغط الدم	أمراض القلب	الكولسترول	السرطان	الربو
كلي	41.7	47.5	20.6	24.1	3.4	5.3
رجال	38.2	39.4	22.4	20.4	4.2	2.7
نساء	45.0	55.0	18.9	27.5	2.6	5.4

السكري

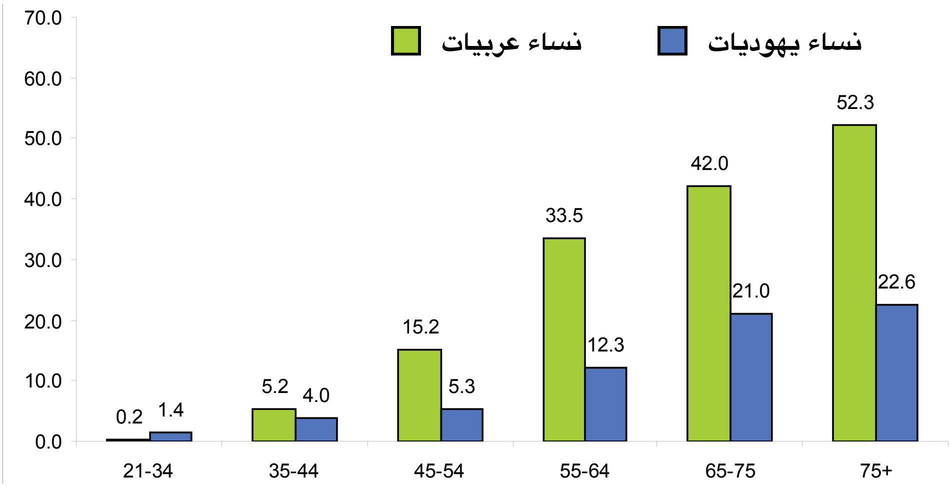
تشـير معطيات العقد الأخير إلى وجود ميل عام في إسرائيل لإرتفاع الإصابات بمرض السكري. فقد أشارت معطيات اسـتطلاع INHIS مـن الأعوام 2009-2007 إلى أن 7.6% من مجمل السكان في جيل 21 سـنة فأكثـر أفادوا بأنهم يعانون مـن مرض السكري، بواقع 8.1% لدى الرجال و 7.2% لدى النساء. بالمقارنة مـع معطيـات 2004-2003 نجد أن الإصابة بمرض السكـري لدى الرجال قد ارتفعـت بـ 29%، بينما ارتفعت لدى النساء بـ 39%. ويُستدل من المعطيات أن شيوع المرض يزداد مع العمر لدى جميع الفئات. وتبرز الفجوة بين النساء العربيّات واليهوديّات بشكل حاد في الفئة العمرية 45 سنة فأكثر (بنحو ضعفين إلى ثلاثة أضعاف).

تشـير المعطيـات إلى أن 9.3% من النساء في جيل 21 سـنة فأكثر مصابات بمـرض السكري. ترتفع نسبة الإصابة مع العمر، وتصل إلى 45% لدى النساء في جيل 60 سنة فأكثر.

جدول رقم (7): نسبة الإصابة بالسكري لدى المجتمع الإسرائيلي حسب الجيل، الجنس والقومية

		21-34	35-44	45-54	55-64	65-75	75+
عرب	رجال	0.4	5.8	14.0	29.5	39.7	35.7
	نساء	0.2	5.2	15.2	33.5	42.0	52.3
يهود	رجال	1.0	2.4	7.8	17.5	24.8	21.9
	نساء	1.4	4.0	5.3	12.3	21.0	22.6

رسم بياني (4): نسبة الإصابة بالسكري بين النساء حسب الجيل، والقومية



ضغط الدم وأمراض القلب

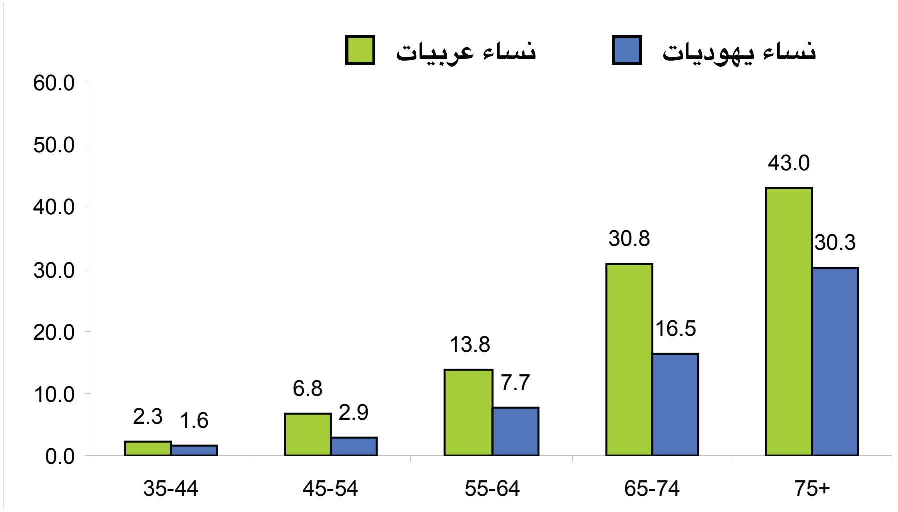
تشير المعطيات إلى أن 12.3% من النساء العربيات من الفئة العمرية 21 سنة فأكثر يعانين من ضغط الدم (أكثر من الرجال بـ 1.4). كما يتضح أن النساء العربيات من جميع الفئات العمرية يعانين أكثر من ضغط الدم بالمقارنة مع النساء اليهوديات. (الجدول رقم 8).

3.4% من النساء العربيّات يعانين من أمراض القلب (أقل من الرجال). وتزداد معدلات الإصابة بأمراض القلب مع التقدم في العمر، لتصل إلى 30% لدى النساء في جيل 74-65، وإلى 43% لدى النساء في جيل 75 سنة فأكثر.

جدول رقم (8): نسبة الإصابة بأمراض القلب في المجتمع الإسرائيلي حسب الجيل، الجنس والقومية

		35-44	45-54	55-64	65-74	75+
عرب	رجال	2.0	5.2	17.6	27.1	19.8
	نساء	2.3	6.8	13.8	30.8	43.0
يهود	رجال	1.0	3.0	9.7	21.6	18.2
	نساء	1.6	2.9	7.7	16.5	30.3

رسم بياني (5): نسبة الإصابة بأمراض القلب بين النساء حسب الجيل، والقومية



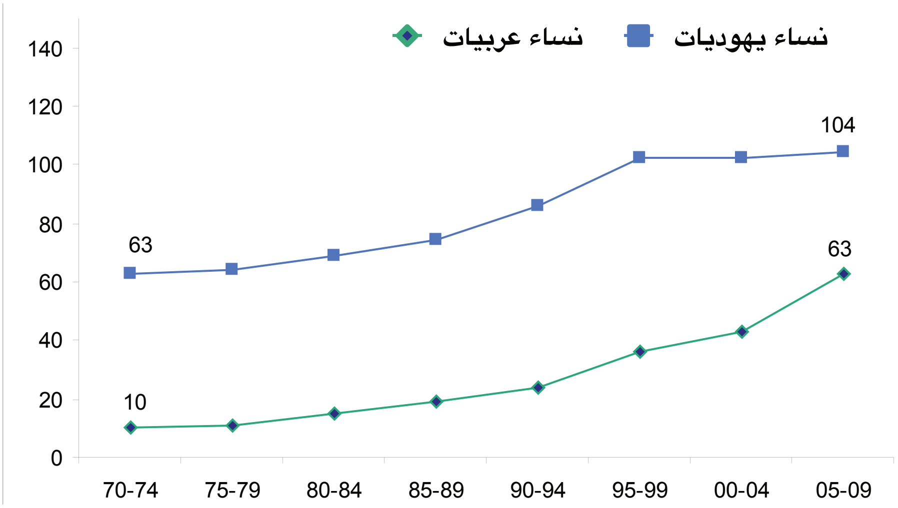
سرطان الثدي

يعتـبر سرطـان الثدي من أكثر الأمراض شيوعاً. وهو يشـكل 30% من حالات السرطـان لدى النساء. منذ العـام 1970 ارتفعـت معدلات الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء العربيّات بـ 600%، مقابل 65% لدى النساء اليهوديّات. كما تشـير المعطيات إلى أن 27.2% من حالات سرطان الثدي لدى النساء العربيّات هي في الفئة العمرية 50-40. 15% من الحالات لدى النساء بجيل 40 سـنة وأقل (تقرير الأوضاع الصحية في إسرائيل 2010). كما أن معدلات الوفيات لدى النساء العربيّات من هذا المرض أكبر من المعدلات لدى النساء اليهوديّات. ومعدل بقاء النساء العربيّات على قيد الحياة بعد اكتشـاف المرض أقل بخمس سنوات مما لدى النساء اليهوديّات.

جدول رقم (9): نسبة الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في إسرائيل 1970-2009 (لكل مائة ألف)

	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	00-04	05-09
نساء عربيات	10	11	15	19	24	36	43	63
نساء يهوديات	63	64	69	74	86	102	102	104

رسم بياني (6): معدلات الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء ، 1970–2009 (لكل مائة ألف)



جدول رقم (10): نسبة ارتفاع الإصابة بسرطان الثدي في السنوات 1979–2009

70/09	90/09	70/90
6.3	2.6	2.4
1.7	1.2	1.4

في حين يتم الكشف المُبكّر عن 55% من النساء اليهوديّات المصابات (المرحلة الأولى)، يتم الكشف المُبكّرعن 31% فقط من النساء العربيّات المصابات. أما في المراحل المُتقدمة من المرض فيتم الكشف المُبكّر عن 43% من النساء العربيّات المصابات (المرحلة الثالثة أو الرابعة)، مقابل 31.4% من المصابات اليهوديّات.

تـزداد في السنوات الأخــيرة نسبة النساء، العربيّات واليهوديّات، اللاتــي يُجرين فحص التصوير الأشعاعي للثدي (ميموغرافيا). ففي العام 2007 قامت 27.3% من النساء العربيّات بإجراء هذا الفحص. وفي العام 2010 وصلت هذه النسبة إلى 41.8%.

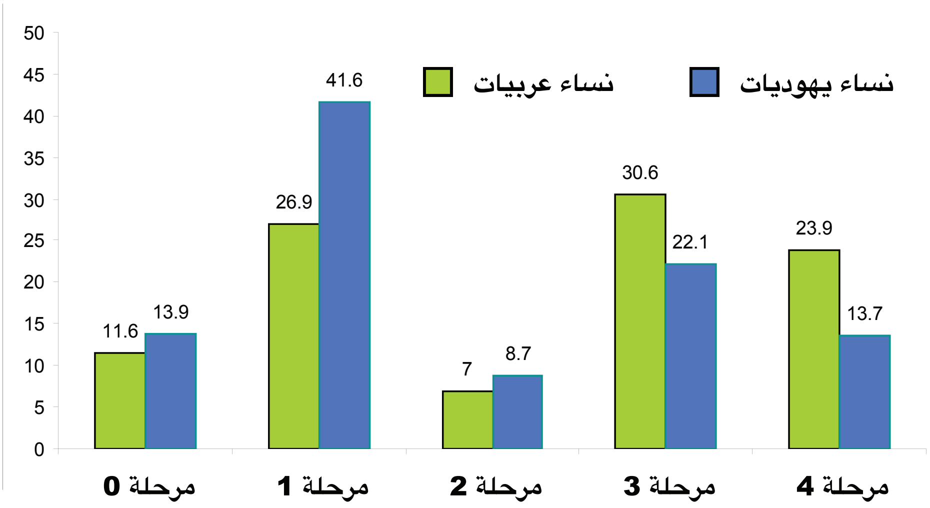
جدول رقم (11): نسبة إجراء فحص الميموغرافيا لدى النساء العربيّات في الأعوام 2007–2010

	فحص الميموغرافيا	
	2010	2007
40–49	35.1	18.2
50–59	53.4	36.7
>=60	41.3	30.6
المجموع الكلي	**41.8**	**27.3**

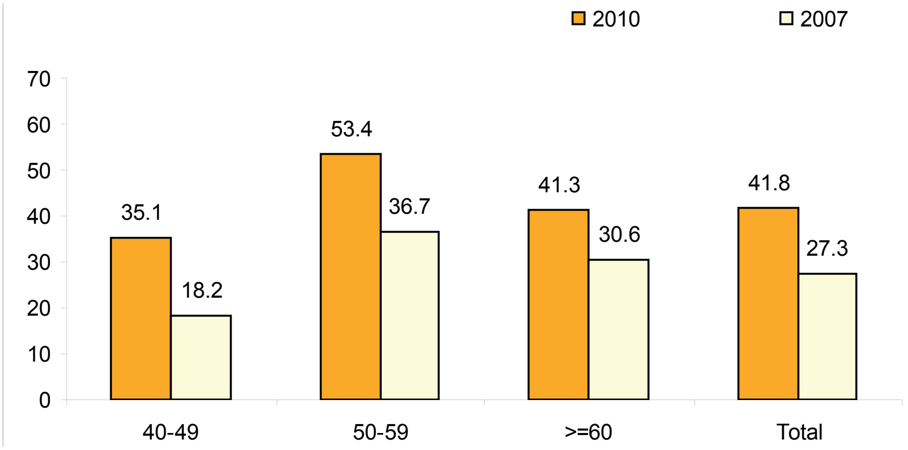
جدول رقم (12): توزيع النساء المصابات بسرطان الثدي حسب القومية ومرحلة الكشف

	المرحلة صفر	المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة
عرب	11.6	26.9	7	30.6	23.9
يهود	13.9	41.6	8.7	22.1	13.7

رسم بياني (7): توزيع النساء المصابات بسرطان الثدي حسب القومية ومرحلة التشخيص



رسم بياني (8): نسبة إجراء فحص الميموغرافيا لدى النساء العربيّات في الأعوام 2007–2010



السُّمنة

يتضح أن نسبة السمنة (BMI>30) لدى النساء العربيات أعلى مما هي لدى النساء اليهوديّات في جميع الفئات العمرية[14]. وتشير معطيات المسح الاجتماعي الاقتصادي لجمعية الجليل للعام 2010، إلى أن نسبة النساء العربيات اللاتي يعانين من السمنة ترتفع تدريجيّاً مع العمر، من 6.7% لدى الفئة العمرية 21–34، إلى 45% لدى الفئة العمرية 64–50. بينما يلاحظ انخفاض النسبة لدى النساء في جيل 65 وأكثر، لتصل إلى 27.8%، مقابل 22.2% لدى النساء اليهوديّات. كما تعاني 20.8% من النساء في جيل 34-21، و 42.3% من النساء في جيل 49–35 من السمنة الزائدة (BMI 25–30)، مقابل 18.3% و 26.4% لدى النساء اليهوديّات على التوالي.

جدول رقم (13): توزيع النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 21–34

	وزن منخفض	وزن طبيعي	زيادة وزن	سمنة
عرب	24.2	48.3	20.8	6.7
يهود	25.8	50.2	18.3	5.7

جدول رقم (14): توزيع النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 35–49

	وزن منخفض	وزن طبيعي	زيادة وزن	سمنة
عرب	3	33.5	41.3	22.2
يهود	15.5	47.5	26.4	13.7

جدول رقم (15): توزيع النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 64–50

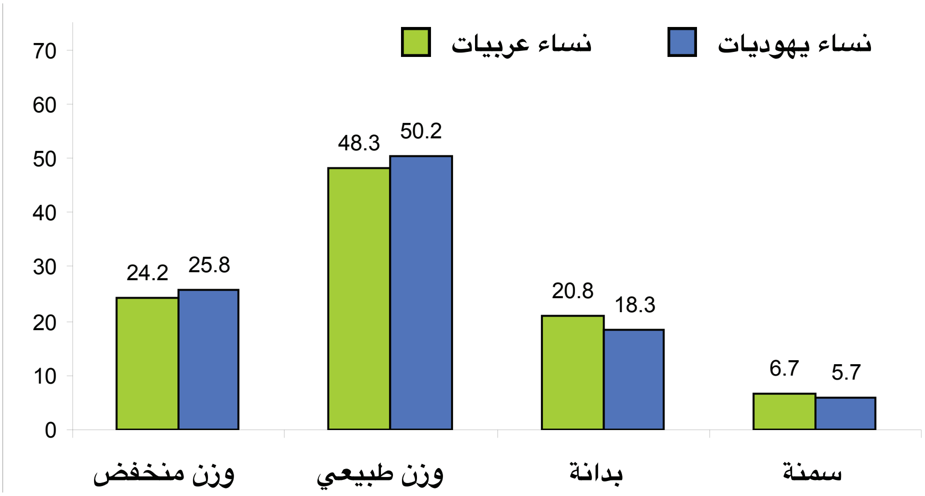
	وزن منخفض	وزن طبيعي	زيادة وزن	سمنة
عرب	1.6	17.8	35.7	45
يهود	4.1	37.9	38.3	19.7

جدول رقم (16): توزيع النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، جيل 65 وأكثر

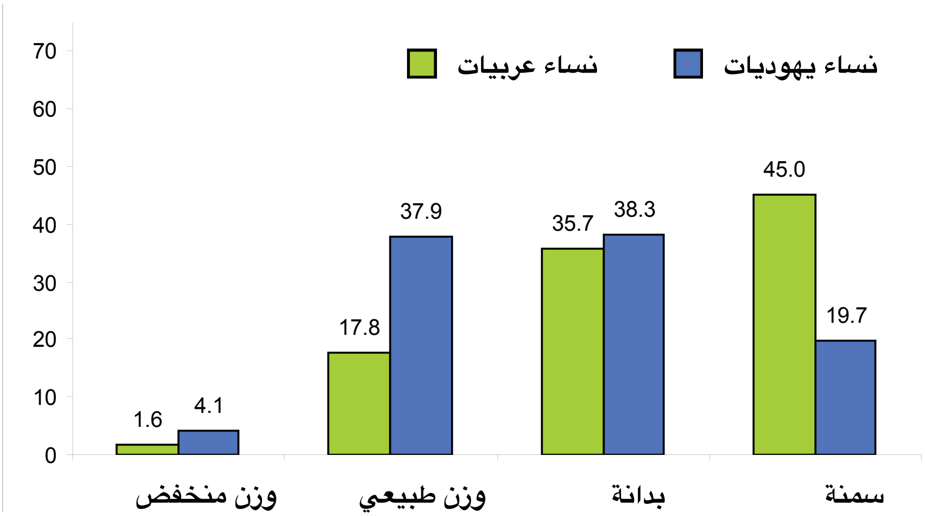
	وزن منخفض	وزن طبيعي	زيادة وزن	سمنة
عرب	0	27.8	44.4	27.8
يهود	3	33.5	41.3	22.2

14 وزارة الصحة، المركز القومي لمراقبة الأمراض. الأوضاع الصحية لدى المجتمع العربي في إسرائيل 2008. نشرة رقم 329، (تشرين الثاني 2011).

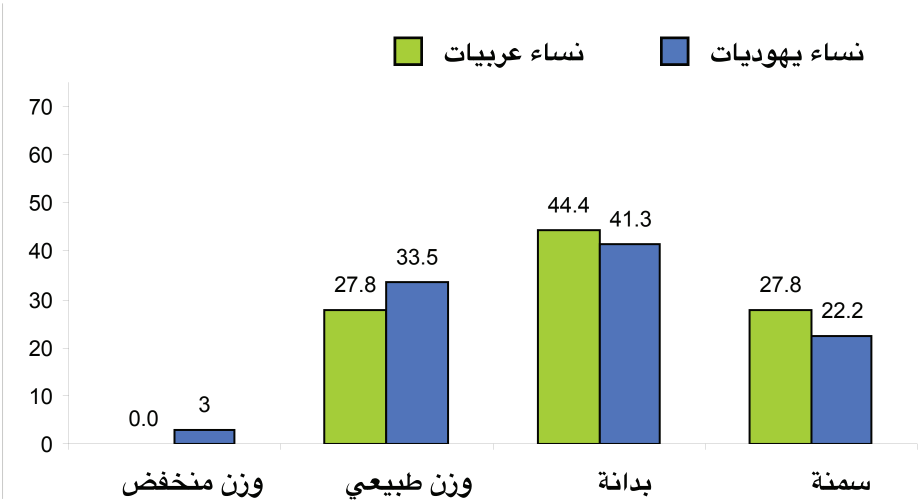
رسم بياني (9): النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 34-21



رسم بياني (10): النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 64-50



رسم بياني (11): النساء في إسرائيل حسب مؤشر الوزن/الطول BMI، أجيال 65+



استخدام خدمات الرعاية الصحية

تشير معطيات استطلاع الصحة في إسرائيل INHIS من الأعوام 2007-2009 أن النساء يستعملن خدمات الرعاية الصحية أكثر من الرجال. فقد أفادت 24.7% من النساء أنهن خضعن لفحص طبي لدى طبيب مختص في الشهر الأخير، مقابل 19.5% من الرجال. وأشار استطلاع آخر لدائرة الإحصاء المركزية من العام 2009 أن 6.9% من النساء خضعن لفحص طبي لدى طبيب عام، مقابل 5.5% من الرجال. بينما يتضح من الإفادات الشخصية للنساء العربيات أنهن يخضعن للفحوصات الطبية لدى طبيب العائلة أكثر بقليل من النساء اليهوديات (44% مقابل 39.2% على التوالي)، وعلى زيارات متكررة لدى الطبيب أعلى بكثير من النساء اليهوديات (18.5% مقابل 10.4% على التوالي).

وتجدر الإشارة إلى أن النساء اليهوديّات يستعملن الخدمات الطبية المهنية (طبيب مختص) أكثر من النساء العربيات. حيث تشير معطيات الاستطلاع القومي أن 26.3% من النساء اليهوديات أفدن أنهن خضعن لفحص طبي لدى طبيب مختص في الشهر الأخير، مقابل 16.3% من النساء العربيات.

تحظى جميع النساء العربيات بالتأمين الصحي، وذلك بناءً على قانون التأمين الصحي الوطني من العام 1994. بالرغم من ذلك، فإن، 40% من النساء العربيات لا يملكن تأميناً صحيّاً مكملاً، مقابل 8.8% من النساء اليهوديات. أما بالنسبة للتأمين الصحي لدى شركة خاصة، فيتضح أن 0.9% فقط من النساء العربيات يملكن تأميناً كهذا، مقابل 2.1% من النساء اليهوديات.

النساء وميزانيات الدولة

يتضـح من تحليـل ميزانيّة الدولـة للأعـوام 2011–2012 أن هـذه الميزانيّة لم تنصف النســاء في الدولة (اليهوديات والعربيات على حد ســواء). كما أن السياســة الضريبيّة، التي انعكســت في الميزانيّة، عملت على توسيع الفجوات الاجتماعية عامةً، والجندرية خاصةً. ولدى تحليل الميزانية يمكننا الإشارة، ضمن ما يمكن الإشــارة إليــه، إلى تغييرين هامّين أثّرا بشــكل ملحوظ عــلى النساء عامة، وخاصة عــلى النساء من الطبقات الوســطى والمتدنيــة؛ الأول، التخفيضات المستمــرة للضرائب المباشرة المفروضة على الدخـل الإضافي. ثانياً، التقليصات العرضيّة المستمرة في قطاع الخدمات العامة حيث يعمل نحو ثلثي النساء.

غالبيــة النساء لن يستفدن من تخفيض الضرائب المبــاشرة، لأنها تُجبى حسب حجم الدخل. كما أن النساء ســوف يواصلــن تحمّل عبء الضرائب غير المبــاشرة، مثل ضريبة القيمة المضافــة والضريبة المفروضة على الوقود، وهي ضرائب ثابتة تسري على الجميع. إضافة لذلك فإن نحو 80% من النساء العاملات لن يستفدن من تخفيض الضرائب (الذي ســيستمر حتى العــام 2016)، لأن هذه التخفيضات تسري على الأجيرين من أصحــاب الدخــل العالي (أعلى عشرين). حيث تشــير معطيات معــدلات الدخل إلى أنه كلما ارتفعنا في ســلم المعاشات كلما زاد عدد الرجال وانخفض عدد النساء (الجدول رقم 17).

الجـدول رقم (17): الزيــادة الصافية على الدخل الســنوي نتيجة خفض ضريبة الدخل، النســاء الأجيرات بدون أولاد ورجال أجيرين، 2010–2016، حسب تدريج الدخل للعام 2008

العشر	رجال				نساء			
	رجال (الاف)	الدخل الشهري الاجمالي	الاضافة الصافي للدخل السنوي	مجمل الاضافات للدخل السنوي للرجال في كل عشر (مليون شاقل)	نساء (الاف)	الدخل الشهري الاجمالي	الاضافة الصافي للدخل السنوي	مجمل الاضافات للدخل السنوي للنساء في كل عشر (مليون شاقل)
1	72.4	1208	–	–	167.1	1226	–	–
2	73.8	2788	–	–	165.8	2738	–	–
3	99.3	3806	–	–	140.1	3754	–	–
4	120.9	4527	–	–	118.6	4521	–	–
5	126.9	5312	–	–	112.7	5297	–	–
6	129.6	6234	–	–	110.0	6260	–	–
7	137.2	7501	–	–	102.2	7484	–	–
8	139.3	9438	767	106.8	100.1	9407	748	74.9
9	156.4	13154	3756	587.4	83.0	12827	3285	272.6
10	189.1	25820	13811	2611.7	50.3	24048	12539	630.7

ملاحظات: 1. بالشاقل، بعد خصم ضريبة الدخل ونقاط الاستحقاق للرجل وللمرأة، لا يشمل خصم التأمين الوطني وضريبة الصحة؛
2. حسب معطيات الدخل الشهري الاجمالي حسب الجنس والعشر للعام 2008؛
3. حسب معطيات شهر تموز 2009 بعد المصادقة على قانون التسويات 2009–2010

المصدر: ياعيل حسون، (2011) الميزانية وقانون التسويات للأعوام 2011–2012 من وجهة نظر جندرية. منتدى النساء من أجل ميزانية عادلة.

كمــا هــو معلوم، فإن ضريبة الوقود هي ضريبــة غير مباشرة، وتؤدي زيادة هذه الضريبة إلى رفع أســعار الوقود وأسعار المواصلات العامة. وتشير المعطيات إلى أن النساء يشكلن نحو 60% من مستعملي المواصلات العامة. وهذا يعني أن النساء عامة، والنساء من الطبقتين الوسطى والدنيا يتضررن بشكل خاص من زيادة هذه الضريبة.

يــؤدي خفض الضرائــب إلى تقليص الخدمات الاجتماعيــة وتقليص الميزانيات المخصصــة لهذه الخدمات. ويشــير تحليل الميزانية للأعــوام 2011-2012 إلى تقليصات عرضية للخدمات العامة، الأمر الذي ســيضر بالنساء بالذات، وذلك لأن النساء يشــكلن نحو 70% من مستخدمــي القطاع العام (76% من مستخدمي جهاز التعليم، 72% من جهاز الصحة و 85% من عمال الرفاه والخدمات الاجتماعية). وينعكس التقليص في الإنفاق الحكومي على الخدمات الاجتماعية في خفض الإنفاق الحكومي المتواصل للفرد منذ عقد من الزمن (12,162 شاقــل في العــام 2001، مقابل 11,465 شاقل في العــام 2010). ويزداد هذا الإنفاق في ميزانية 2011-2012 إلى 11,954 شاقــل، لكنــه مــا زال أقــل من الإنفــاق في العام 2001، ولا يســد الاحتياجات المتشكلة خلال العقد الأخير نتيجة التقليص المتواصل.

الصحة وميزانية الدولة

بلغــت الميزانية العاديــة لوزارة الصحة للسنة المالية 2011 نحو 19.9 مليــارد شاقل، إضافة إلى نحو 3.3 مليــارد شاقل مصروفات مشروطة. ومنذ العام 2008 ارتفعت ميزانية وزارة الصحة بنحو 9% في كل عام (أنظروا جدول رقم 18). في العام 2012 وصلت هذه الميزانية إلى 20.6 مليارد شاقل. تشتمل هذه الميزانية عــلى ثلاثــة مركبات مركزيّة: ميزانية التطوير، ســلة الخدمات الصحية، وقانــون التأمين الصحي الوطني، الذي يشــمل معالجة الأمــراض المزمنة، وخدمات الصحــة النفسيّة والصحة العامــة. في العام 2011 تمت المصادقــة على إضافة 427 مليون شاقل لإضافة تكنولوجيات وخدمــات مختلفة لسلة الخدمات، من بينها 127 مليون شاقل لخدمات صحة الأسنان للأطفال. فيما بعد تمت المصادقة على إضافة 380 مليون شاقل في العام خلال العامين 2012-2013. فحتى العام 2013 وصلت إضافة ميزانية الخدمات والتكنولوجيات إلى 1.2 مليارد شاقل. كما ســيتم إضافة 1.2% إلى ميزانية عيادات المرضى مقابل التكاثر السكاني وازدياد عدد المسنين، مقابل 0.9% في الأعوام 2008-2010. كما زادت الحكومة دعمها لعيادات المرضى بمبلغ 50 مليون شاقل بهدف تطوير الخدمات الطبية المجتمعية وانجاز أهداف الجودة[15]،[16]،[17]،[18].

15 ميزانية الدولة: اقتراح للسنة المالية 2011-2012. أسس الميزانية ومشاريع موازنة متعددة السنوات. القدس، تشرين الأول 2010.

16 اقتراح ميزانية للسنة المالية 2011-2012 وتوضيحات: وزارة الصحة والبنود المرافقة. نشرة 15، القدس، تشرين الأول 2010.

17 اقتراح ميزانية للأعوام 2009-2010 وتوضيحات: وزارة الصحة والبنود المرافقة. نشرة 15، القدس، حزيران 2009.

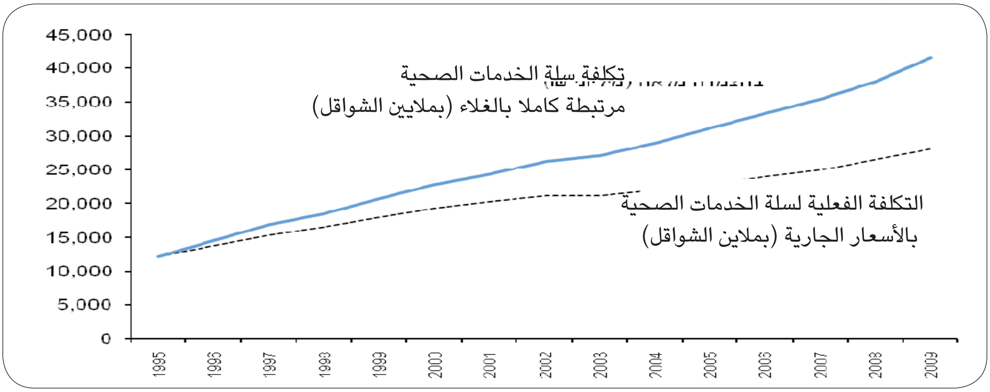
18 تعليمات الميزانية للسنة المالية 2008: وزارة الصحة. نشرة 15، القدس، كانون الثاني 2008.

جدول رقم (18): ميزانية وزارة الصحة للسنوات 2008-2012

المادة	2008	2009	2010	2011	2012
ميزانية عادية	15,338,839	16,125,627	18,144,776	19,867,335	20,627,752
خدمات الصحة العامة	679,488	754,001	754,800	764,528	766,192
قانون تأمين الصحة الوطني	11,704,465	12,242,546	13,999,738	15,514,320	16,070,669
مراكز طبية للصحة النفسية	529,450	570,396	611,582	35,406	36,198

خــلال خمســة عشر عاماً، ومنذ تشريع قانــون تأمين الصحة الوطني، تآكلت ميزانيــة وزارة الصحة. ففي العــام 2009 وصلــت الفجوة بين التمويل الفعلي للسلة الصحية وبين التمويل المنشــود (بناء على مؤشرات التحديث) 13.3 مليون شاقل (أنظروا الرسم البيانى أدناه)[19].

رسم بياني 12: تكلفة سلة الخدمات الصحية, 1995-2009 التكلفة الفعلية مرتبطة كاملا بالغلاء



المصدر: مركز أدفا. افتراح الميزانية وقانون الترتيبات للأعوام 2011-2012: انتهاك للدميقراطة وميزانية ضيّقة، عرض/ 3.11.2010

نلاحــظ أن ميزانيــة التطوير في الســنــة المالية 2011-2012 ســتبقى أقل من ميزانيــة 2001، وذلك رغم الارتفاع الطفيف المتواصل في العقد الأخير (289.2 مليون شاقل في العام 2012، مقابل 401 مليون شاقل في العــام 2001). تجــدر الإشــارة إلى أن ميزانية التطوير هامــة لمناطق الضواحي، بشــكل خاص لمنطقة الجنوب.

19 مركز أدفا. افتراح الميزانية وقانون الترتيبات للأعوام 2011-2012: انتهاك للدميقراطة وميزانية ضيّقة.

صحة النساء وميزانية الدولة

تعكس الأوضاع الصحية للنساء قضايا اجتماعيّة وثقافيّة تتعلق بحقوقهن كنساء. فهي تعكس إمكانية ممارسة حقوقهن واستعمالهن لخدمات الرعاية الصحية بشكل ناجع، ومدى منالية هذه الخدمات. وكل تغيير في الميزانية العامة، وفي ميزانية الصحة بشكل خاص، يتضمن اسقاطات بعيدة المدى على النساء. وتصبح هذه الاسقاطات أكثر حدة على النساء من الشرائح الاجتماعية الاقتصادية المتدنية، وعلى النساء العربيات بشكل خاص.

وثمة تأثير مباشر وفوري لميزانية الصحة على النساء، وذلك استناداً للعديد من الحقائق التي تشير إليها الاستطلاعات والدراسات المختلفة:

- أكثر من 70% من العاملين في مجالات الصحة المختلفة هم من النساء (13,605 من ضمن 18,788 مستخدمي المهن الطبية)[20].
- تشير المعطيات إلى أن النساء يستعملن الخدمات الصحية أكثر من الرجال. وذلك لأسباب عديدة، مثل مؤمل الحياة المرتفع، شيوع الأمراض المزمنة، حالات الحمل، والولادة وعلاجات الإنجاب.
- النساء هن المسؤولات عن صحة أفراد الأسرة، وهن من يرعى الأطفال ويرافقهم لتلقي خدمات الرعاية الصحية وقت اللزوم.

20 ادماج العرب مواطني إسرائيل في الجهاز الصحي: قصة نجاح؟ مبادرة صندوق ابراهيم، نيسان 2011.

تلخيص وتوصيات

يعتـبر الحق في الصحة حقا أساسـيا يُستمد من حق الإنسان في الحيـاة، الحرية والكرامة. ولقد تم تكريس هذا الحق في العديد من الحقوق المواثيق الدولية، والتي صادقت إسرائيل على غالبيتها. وتعني هذه المصادقة إلتـزام الدولة في تطبيـق تعاليم المواثيق بواسـطة التشريعات، وتخصيص الموارد واتخـاذ التدابير العملية لسد الفجوات بين المجموعات السكانية المختلفة، بما في ذلك بين الرجال والنساء. تشـتمل هذه المواثيق على مبـادئ عمل تلتزم الدول الأعضاء بتطبيقها. وقد تم التشـديد على ثلاثة مبـادئ مركزيّة: الكرامة، الحماية والتطبيق. يلزم مبدأ الكرامة الدولة بالامتناع عن أي تدخل يمنع المواطنين من ممارسـة حقوقهم الصحية، وتلتـزم بمنحهم حرية الخيار. ويعني مبدأ الحماية التـزام الدولة باتخاذ تدابير عملية لمنع أي طرف ثالث من التدخل ومنع هذه الحقوق، أو منع خدمات الرعاية الصحية، إن كان ذلك عن طريق مؤسسات وهيئات اقتصادية أم غيرها. ويلزم مبدأ التطبيق الدولة باتخاذ التدابير المناسـبة التي توفر ممارسـة تامة للحقوق الصحية، التي توفر للفرد المساعدة حسب احتياجاته، والعمل على اتخاذ تدابير لتعزيز صحة الأفراد.

تُعتـبر النسـاء إحـدى المجموعـات الضعيفة في المجتمـع الإسرائيلي مـن ناحية الأوضاع الصحية. وتشـير الاسـتطلاعات والدراسـات إلى صورة قاتمة بخصـوص الأوضاع الصحية للنساء عامـة، وللنساء العربيات بشـكل خـاص. وتعاني النساء أكثـر من أي مجموعة أخرى بنـاء على جميع المـؤشرات الصحية: الإصابة بالأمراض، معدلات الوفاة، مؤمل الحياة، اسـتعمال خدمـات الرعاية الصحية، السلوكيات الصحية وغيرها. وتعانـي النساء العربيات من تمييز مزدوج: تمييز داخل المجتمع العربي الأبوي الذي ما زال يفرض قيوداً عـلى حراك النسـاء في الحيز. وتمييز من قبل الدول ومؤسـساتها المختلفة التي لا تسمـح للنساء العربيات بممارسة حقوقهن ولا توفر لهن الفرص المتساوية.

ميزانية الدولة هي التعبير العملي لسياسة الحكومة في مجالات الحياة المختلفة: الاقتصادي، التعليم، الصحة وغيرهـا. وعليه فثمة تأثير مباشر لميزانية الدولة (من ناحية حجمهـا وتوزيعها) على حياة الأفراد. ويصبح هذا التأثير أكثر أهميّة لدى الحديث عن مجموعات الأقلية، مثل المواطنين العرب في إسرائيل، النساء، الأطفال والمسنين. لذلك ثمة أهمية لدراسة الميزانيّة من وجهات نظر مختلفة، بما فيها وجهة النظر الجندرية.

ويشـير تحليـل الميزانية للأعـوام 2011-2012 إلى أن هـذه الميزانية لا تنصف المجموعـات المستضعفة في المجتمـع الإسرائيلي. فتقليص الخدمات العامة يؤثر بشـكل ملحوظ عـلى المجموعات المستضعفة، وخاصة على النساء. والمستفيد الأسـاسي من سياسـية الضرائب الجديدة (التي من المفترض ان يستفيد منها جميع المواطنـين)، هـي المجموعات القوية في المجتمـع. ومن وجهة نظر جندرية، فإن المستفيدين الأساسـيين هم الرجال، وفي المقابل تضر هذه السياسات في النساء، المسنين، محدودي الدخل وغيرهم.

ولدى تحليل ميزانية الصحة نجد أن هذه الميزانية لا تستجيب بشـكل لائق لجميع احتياجات جهاز الصحة

واحتياجات المواطنين. ويتضح أن النساء هن المجموعة الأكثر تضرراً من السياسات الاقتصادية للدولة في مجال الصحة. وذلك لأن النساء يشكلن النسبة الأكبر من العاملين في الجهاز الصحي من جهة، وهن (وخاصة النساء العربيات) المجموعة الأكثر استخداماً وحاجةً لخدمات الرعاية الصحية بسبب أوضاعهن الصحية الصعبة مقارنة بالرجال.

تعود الأوضاع الصحية الصعبة للنساء العربيات في إسرائيل إلى عدة أسباب: اجتماعية، ثقافية، اقتصادية، سياسية وبيئية. نحن نؤمن أن على دولة إسرائيل تحمل كامل المسؤولية والعمل من خلال خطّة وطنية شاملة وجذرية لتوفير الحلول المناسبة لاحتياجات النساء عامة، والنساء العربيات خاصة. وذلك من خلال تخصيص الموارد والميزانيات (التمويل، البنى التحتية، الموارد البشرية وغيرها). والعمل على تحسين الأوضاع الصحية لهذه المجموعة. وتشمل هذه المسؤولية إعادة النظر في ميزانية الدولة من وجهة نظر جندرية، واتخاذ التدابير الضرورية من ناحية الاستثمارات وسياسة التفضيل المصحح لصالح النساء.

بناء على ما ورد أعلاه، نطالب بتبني ثلاثة مبادئ مركزية لدى التخطيط وتحديد أولويات ميزانية الدولة. وذلك بهدف تحقيق التغيير في مجال صحة النساء العربيات في إسرائيل:

- تحسين ظروف حياة النساء العربيات.
- تقليص عدم المساواة في التوزيع (القوة، المال والموارد على المستويين القطري والمحلي).
- الكشف والرصد المتواصل والمنهجي للوضع الصحي لدى النساء العربيات؛ نشر المعلومات، التمكين وتعزيز القدرات.

من أجل تنفيذ هذه المبادئ، يجب الإعداد المناسب لذلك، وخاصة العمل على وضع ميزانية توفر جميع الموارد المالية لتنفيذ جميع الخطوات العملية المطلوبة. وفي سياق التغييرات الميزانية نطالب بتخصيص ميزانيات مناسبة للغايات التالية:

الصحة

- زيادة نسبة النساء العربيات في سوق العمل عامة، وفي مجالات الصحة بشكل خاص, وذلك بواسطة زيادة عدد الملكات في جميع الأطر الصحية وعلى جميع مستويات الجهاز الحكومي (المقر الرئيسي، المناطق والألوية) وعلى المستوى المحلي (السلطات المحلية).
- زيادة نسبة النساء العربيات العاملات في المجال الأكاديمي (الجامعات، الكليات وغيرها).
- تعزيز وتطوير البحث في مجال صحة النساء العربيات، كجزء من تخطيط بعيد المدى هدفه تحسين أوضاعهن الصحية.
- تطوير نظم معلوماتية حول النساء العربيات وأوضاعهن الصحية، كجزء لا يتجزأ من نظم المعلومات القائمة في عيادات المرضى والأطر العلاجية الأخرى.
- تخصيص ميزانيات خاصة لتنفيذ خطة شاملة لتعزيز صحة النساء العربيات.

- توسيع وزيادة حجم خدمات التشخيص المبكر عامة، بما في ذلك مراكز التصوير الشعاعي للثدي، ومناليتها للنساء العربيات في جميع البلدات.
- توسيع الخطة الوطنية للكشف عن سرطان الثدي، بحيث تشمل النساء العربيات من الفئة العمرية 40–50 سنة.
- توسيع الخطة الوطنية لتعزيز أسلوب الحياة الصحي ولتشمل أكبر عدد ممكن من البلدات العربية.

التعليم

- تخصيص الميزانيات للنشاطات التي تهدف إلى تقليص التسرب من المدارس، ومنح أولوية للمناطق والبلدات التي تعاني من نسب تسرب عالية، مثل منطقة النقب.
- تحسين مجمل الظروف الصحية في المؤسسات التعليمية (البنى التحتية، برامج لتعزيز التوعية الصحية، شروط الأمان، الرفاه وغيرها)، بهدف تعزيز صحة النساء العاملات في مجال التعليم اللاتي يشكلن نسبة عالية من مجمل العاملين في هذا المجال، وكذلك صحة الطلبة.

الاقتصاد

- توسيع الإصلاح الضريبي بشكل يضمن استفادة النساء العاملات، والنساء العربيات بشكل خاص.
- تخصيص ميزانيات إضافية وخاصة للمبادرات الاقتصادية لتوفير فرص عمل مناسبة للنساء العربيات في مجالات الصحة، التكنولوجيا، الأعمال وغيرها.

אגודת הגליל - האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות

ריכאז - בנק המידע על החברה הפלסטינית בישראל

מדה אל-כרמל - המרכז הערבי למחקר חברתי יישומי

אעלאם - מרכז תקשורתי לחברה הערבית פלסטינית בישראל

בריאות הנשים הערביות בישראל

נייר מדיניות

ד"ר מוחמד ח'טיב

מרס 2012

פרויקט זה ממומן על ידי האיחוד האירופי
פרסום זה אינו מייצג את העמדה הרשמית של הנציבות האירופית או של מוסדות האיחוד.
הנציבות אינה אחראית בשום אופן לתוכן פרסום זה.

בריאות הנשים הפלסטיניות בישראל

כתיבה: ד"ר מוחמד ח'טיב
עריכה לשונית: רן שפירא
עיצוב והפקה: ואיל ואכים

פרסום זה הופק בזכות התמיכה של האיחוד האירופי

שפרעם 2012

© כל הזכויות שמורות לאגודת הגליל - האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות
ת.ד 330 שפרעם, טלפון 04-9861171; פקס 04-9861173 admin@gal-soc.org

החומרים בפרסום זה הם על דעתם של הכותבים בלבד, והם לא משקפים בהכרח את עמדת אגודת הגליל- ריכאז בנק המידע.

תוכן ענינים

מבוא 38
הזכות לבריאות 38
נשים והזכות לבריאות 40
הנשים הפלסטיניות בישראל 43
דמוגרפיה 43
תעסוקה 43
מצב הבריאות של הנשים הערביות 44
תוחלת החיים 45
תמותה 46
תחלואה במחלות כרוניות 47
סוכרת 94
יתר לחץ דם ומחלות לב 50
סרטן השד 51
השמנה 54
שימוש בשירותי הבריאות 57
הנשים ותקציב המדינה 57
הבריאות בתקציב המדינה 59
סיכום והמלצות 61

טבלאות וגרפים	ע'
טבלה מס' 1: התפלגות הנשים הפלסטיניות בישראל לפי קבוצות גיל ואזור מגורים	43
טבלה מס' 2: תוחלת החיים בישראל (שנים 1975 עד 2010)	54
גרף מס' 1: תוחלת החיים בישראל (שנים 1975 עד 2010)	46
טבלה מס' 3: סיבות המוות בקרב נשים בישראל	47
גרף 2: סיבות מוות בקרב נשים, לפי לאום (שיעורים ל-100,000, מתוקננים לגיל)	47
טבלה מס' 4: שיעורי התחלואה במחלה כרונית אחת לפחות בקרב הפלסטינים בישראל (דיווח עצמי)	47
גרף 3: שיעורי התחלואה במחלה כרונית אחת לפחות בקרב הפלסטינים בישראל (דיווח עצמי)	48
טבלה מס' 5: שיעורי התחלואה במחלות כרוניות נבחרות בקרב בני 21 ומעלה לפי מין (דיווח עצמי)	48
טבלה מס' 6: שיעורי התחלואה במחלות כרוניות נבחרות בקרב בני 60 ומעלה לפי מין (דיווח עצמי)	49
טבלה מס' 7: שיעורי התחלואה בסוכרת באוכלוסייה הכללית בישראל לפי גיל, מין ומוצא	49
גרף 4: שיעורי התחלואה בסוכרת בקרב נשים לפי גיל ומוצא	50
טבלה מס' 8: שיעורי התחלואה במחלות לב באוכלוסייה הכללית בישראל לפי גיל, מין ומוצא	50
גרף 5: שיעורי התחלואה במחלות לב בקרב נשים לפי גיל ומוצא	51
טבלה מס' 9: שיעורי התחלואה בסרטן השד בקרב נשים בישראל 1970-2009 (ל-100,000)	51
גרף 6: שיעורי התחלואה בסרטן השד בקרב נשים בישראל 1970-2009 (ל-100,000)	52
טבלה מס' 10: יחסי העלייה בתחלואה בסרטן השד בשנים 1979-2009	52
טבלה מס' 11: אחוזי ביצוע בדיקת ממוגרפיה ברב נשים פלסטיניות בישראל בשנים 2007, 2010	53
טבלה מס' 12: התפלגות הנשים החולות בסרטן השד בישראל לפי מוצא ושלב האבחון	53
גרף 7: התפלגות הנשים החולות בסרטן השד בישראל לפי מוצא ושלב האבחון	53
גרף8: אחוזי ביצוע בדיקת ממוגרפיה בקרב נשים ערביות בישראל בשנים 2007, 2010	54
טבלה מס' 13: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI, גיל 21-34	54
טבלה מס' 14: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה, BMI, גיל 35-49	54
טבלה מס' 15: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI גיל 50-64	55
טבלה מס' 16: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI, גיל 65 ומעלה	55
גרף 9: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה, BMI גיל 21-34	55
גרף 10: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI, גיל 50-64	56
גרף 11: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI, גיל 65+	56
טבלה מס' 17: התוספת נטו להכנסה השנתית כתוצאה מהפחתת מס הכנסה, נשים שכירות ללא ילדים, גברים שכירים, 2010-2016, לפי עשירוני הכנסה לשנת 2008	58
טבלה מס' 18: תקציב הבריאות בשנים 2008-2012	59
גרף 12: עלות סל הבריאות, 1995-2009 עלות הסל בפועל במחירים שוטפים ובהצמדה מלאה	60

פתח דבר

בעשורים האחרונים בלט תפקידו של התקציב ביצור פערים כלכליים ופוליטיים בין קבוצות האוכלוסייה השונות, והתווית הגבולות של הפעילות הכלכלית ויצירת הסטאטוס של קבוצות האוכלוסייה השונות. בכך הפך ניתוח מדיניות התקציב והשלכותיה הכלכליות והחברתיות, ובדיקת מידת הצדק החלוקתי שהוא מבטא לאחד האמצעים החשובים ביותר במאבק לשוויון וצדק חברתי, כמו גם להגברת השתתפותן של נשים בספירה הציבורית ושיתופן של נשים בתהליך ההתפתחות של החברה בכללותה.

נייר מדיניות זה מתמקד בניתוח מגדרי אתני לתקציב משרד הבריאות, והוא מהווה חלק מפרויקט מחקרי רחב יותר בנושא "מרכוז אתניות ומגדר בתקציב המדינה", המבקש להעלות מודעות לנושא התקציב, להגביר שקיפות בהליך התקצוב ולהשיג מקסימום מעורבות ציבורית שוויונית בהליך זה. הפרויקט מתמקד בהבנת המערכת הפוליטית והכלכלית המשפיעה על עוני בקרב נשים ערביות בישראל, תוך כדי לימוד מעמיק של תקציב המדינה בשלושה משרדים עיקריים: משרד הבריאות , משרד התמ"ת ומשרד החינוך. אחד היעדים המרכזיים של הפרויקט הוא לחקור את תהליך התקצוב והתקציב עצמו מתוך שתי הפרספקטיבות - המגדרית והלאומית - במטרה לעודד אימוץ תקציב העונה לצרכי נשים, וכדי לעודד את מקבלי ההחלטות לשקלל היבטים מגדריים אתניים בהכנת התקציב וחלוקת המשאבים הציבוריים. השגת יעד זה עתיד לקדם, לדעתנו, צדק חברתי ושוויון בין גברים ונשים בכלל, ובין גברים ונשים ערבים בפרט. לשם מימוש מטרה זו השתמשנו בכלים של ניתוח תקציב ביחס לשלושה משרדי הממשלה לעיל, אשר זוהו כבעלי השפעה מכרעת על רמות העוני בקרב נשים ערביות.

אנו מודים לאיחוד האירופי על מימון פרויקט זה.

פרויקט מחקרי זה משותף לשלוש עמותות ערביות: אגודת הגליל - האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות; ריכאז-בנק מידע על החברה הפלסטינית בישראל; מדה אל-כרמל- המרכז הערבי למחקר חברתי יישומי; איעלאם- מרכז תקשורת לחברה הערבית הפלסטינית בישראל.

צוות הפרויקט

מבוא

בריאות, לפי ההגדרה המקובלת היום, היא מצב של רווחה גופנית ונפשית ולא רק העדר תחלואה או העדר מוגבלות[1]. את ההגדרה קבע ארגון הבריאות העולמי. את מצבו הבריאותי של הפרט קובעים משתנים מגוונים ורבים. חלקם קשורים בפרט עצמו, בהתנהגותו, במבנה גופו ובמטען הגנטי שלו. אחרים קשורים לסביבתו הפיזית, החברתית, התרבותית והכלכלית[2]. על הבריאות אפשר להשפיע, לפיכך, באמצעות שינוי של התנאים בתחומים אלה. מזון, תזונה, מגורים, מי שתייה, תנאי מחיה, תעסוקה וסביבה בטוחה ובריאה הם חלק מרכזי מהתנאים המקדימים המשפיעים על הבריאות. בהעדרם נפגעת בריאותו של הפרט ונרמסת זכותו הבסיסית.

הזכות לבריאות

אמנת אלמה-אטא (1978), שעסקה בשירותי הבריאות הראשוניים[3], שמה דגש על העיקרון "בריאות לכל" לקראת שנת 2000. האמנה גם חזרה על הקביעה שבריאות היא זכות בסיסית לפי האמנה העולמית לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות (ICESCR). היא קבעה כי חובה לפעול לשיפור תנאים סביבתיים שאינם בשליטתו של הפרט והדגישה את קידום הבריאות, המניעה, ההעצמה ושיתוף הקהילה כאסטרטגיות חשובות להשגת זכויות בתחום הבריאות. האמנה גם הדגישה את הצורך בשיתוף פעולה בינלאומי לקידום הבריאות.

ארגון הבריאות העולמי (WHO) קבע גם, כי במסגרת הזכות לבריאות נכללת זכותו של האדם ליהנות מרמת הבריאות הגבוהה ביותר האפשרית, כאחת מזכויותיו הבסיסיות של האדם, ללא אפליה בגלל השתייכות לאומית, דתית, פוליטית, מצב כלכלי או חברתי.

זכויות אדם (Human Rights) הן הערובה החוקית להגנה על ערכים אוניברסליים כמו כבוד האדם וחירותו. זכויות אלה כוללות זכויות אזרחיות, תרבותיות, כלכליות, פוליטיות וחברתיות, שנידונו בין מדינות וממשלות בעולם, ואשר לאחר שגובשו הסכמות לגביהן עוגנו באמנות בינלאומיות שמחייבות את כל החתומות עליהן מבחינה חוקית. סעיף 25 (1) להכרזה לכל באי עולם בדבר זכויות האדם, 1948, קובע: "כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה לשם... הבטחת בריאותם ורווחתם שלו ושל בני ביתו... לרבות טיפול רפואי כדרוש וזכות לביטחון במקרה של מחלה"[4]. אמנות בינלאומיות נוספות נתנו לדברים תוכן מפורש יותר ופירטו מרכיבים נוספים

1 World Health Organization (1986). *Ottawa charter for health promotion*, World Health Organization, Health and Welfare. Ontario, Canada.

2 Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen. Institute for future studies.

3 **להצהרת אלמא-אטה ראו:** http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf

4 http://www.gisha.org/item.asp?lang_id=he&p_id=543

של הצהרה זו.

עקרונות בתחום זכויות האדם התבססו על אמנות אלה ושימשו מתווה להתערבויות ולתהליכי שינוי. העקרונות המרכזיים הנוגעים לבריאות הם:

- עקרון השוויון ומניעת האפליה, המבוסס על התפיסה שלפיה כל בני האדם שווים וכולם זכאים לקבל את מלוא זכויותיהם ללא אפליה על בסיס כלשהו - גזע, לאום, צבע עור, גיל, שפת אם, דת, דעה פוליטית, מעמד חברתי, יכולת או מקום לידה. עיקרון זה מחייב מדינות לאבחן את האפליה (מכוונת ובלתי מכוונת) ולטפל בה באמצעות חקיקה, מדיניות ופעולות מעשיות, ובכלל זה חלוקה צודקת והוגנת של המשאבים ושירותי הבריאות. לעיקרון זה יש חשיבות מיוחדת בהקשר המגדרי, מכיוון שמצבן של הנשים כקבוצת שוליים אינו רק תוצאה של אפליה לפי מין ומגדר, אלא גם לפי השתייכותן לקבוצות בסיכון, כמו מיעוט אתני או בעלי צרכים מיוחדים.
- עקרון השותפות ומניעת ההדרה, שגורס כי אנשים צריכים להיות שותפים בהחלטות שנוגעות להם ומשפיעות עליהם, כמו תכנון, יישום והערכה של התערבויות בתחום הבריאות. שותפות זו צריכה להיות פעילה, משוחררת ומשמעותית.
- עקרון מתן הדין וחשבון, שמחייב ממשלות ומקבלי החלטות להיות שקופים בפעולותיהם ולהצדיק את בחירותיהם ואת החלטותיהם (מתן תשובות). באותה מידה מחייב עיקרון זה פיתוח מנגנוני הערכה ושיפוט, במקרים שבהם בעלי תפקידים אינם ממלאים את חובותיהם.

בשנת 1966 נחתמו שתי אמנות מרכזיות בתחום זכויות האדם. הראשונה היא אמנת הזכויות האזרחיות, שאושררה על ידי ישראל ב־18.8.1991, הכוללת איסור על עינויים ועל עריכת ניסויים רפואיים בבני אדם ללא הסכמתם. השנייה היא אמנת הזכויות החברתיות, שקובעת כי "לכל אדם יש זכות ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיג" (סעיף 12.1).

האמנה בדבר זכויות חברתיות ציינה גם צעדים שעל המדינה לנקוט כדי לממש זכות זו, אשר מבטיחים השגת רמת בריאות נאותה. צעדים אלה כוללים:

1. הפחתת שיעורי לידות מת ותמותת תינוקות, והבטחת התפתחות בריאה של הילד.
2. שיפור מרכיבי הגהות הסביבתית והתעשייתית.
3. מניעת מחלות מידבקות, מחלות אנדמיות, מחלות תעסוקתיות ומחלות אחרות, טיפול במחלות אלה ופיקוח עליהן.
4. יצירת תנאים נאותים שיבטיחו לכל שירותי בריאות וקבלת טיפול רפואי נאות במקרה של מחלה.

בהמשך לאמנה בדבר זכויות חברתיות נוסחו ונחתמו שלוש אמנות חשובות נוספות, שכללו

התייחסות בולטת לבריאות. האמנה הראשונה היא האמנה לביעור כל צורות האפליה נגד נשים, 1979, שאושררה על ידי ישראל ב-3.10.1991. אמנה זו קבעה כי המדינה חייבת לנקוט צעדים מתאימים לביטול האפליה נגד הנשים בתחום שירותי הבריאות[5].

האמנה השנייה היא האמנה נגד גזענות, 1966, שקוראת לביעור האפליה הגזעית ומטילה איסור על אפליה בתחום הבריאות. האמנה השלישית היא אמנת זכויות הילד, 1989, שאושררה על ידי ישראל ב-4.8.1991. סעיף 24 לאמנה זו מרחיב את הזכות לבריאות שבאמנת הזכויות החברתיות ומציין את זכותו של הילד לקבל אמצעים לטיפול במחלות ולשיקום בריאותו, כמו גם את התחייבות המדינה שלא תישלל משום ילד הגישה לשירותי בריאות או לטיפול. האמנה מפרטת צעדים אופרטיביים שיש בהם כדי לממש זכויות אלה. בנוסף, המדינות מתחייבות לטפל בהתנהגויות שמזיקות לבריאות של ילדים. האמנה גם מפרטת את זכויותיהם של ילדים מוגבלים ובכלל זה הזכות לסיוע ולגישה לשירותי הבריאות.
לסיכום, הזכות לבריאות היא זכות בסיסית, הנגזרת מהזכות לחיים ומעקרונות החופש, החירות, הכבוד והפרטיות. זכות זו מעוגנת באמנות בינלאומיות רבות, שאינן מסתפקות בקביעת עקרונות אלא מפרטות גם דרכים ואמצעים למימושם. ברמה הלאומית, אמנות ועקרונות אלה באים לידי ביטוי בחוקים, בתקנות ובהוראות שמהווים מתווה ומסגרת יישומית מעשית. חלק מהאמנות מתייחסות לקבוצות ספציפיות כמו נשים וילדים. האמנה לביעור כל צורות האפליה נגד נשים (CEDAW, 1979) היתה נקודת מפנה היסטורית במאבק לקידום זכויותיהן של נשים ובכלל זה של זכויותיהן בתחום הבריאות. אמנה זו קבעה שאף על פי שבמקומות שונים בעולם קיימות מסגרות חוקיות המבטיחות צדק, שוויון והעדר אפליה נגד נשים, הן עדיין נהנות מזכויות פחותות בהשוואה לגברים[6].

נשים והזכות לבריאות

מצב הבריאות של נשים מושפע ממגוון משתנים חברתיים וכלכליים: תעסוקה, השכלה ומעמד סוציו-אקונומי. מחקרים מראים שככל שרמת ההשכלה של הנשים נמוכה יותר, רמת הילודה בקרבן גבוהה יותר. נראה כי ממצא זה קשור לתפיסה המסורתית בדבר תפקידן החברתי כיולדות. לריבוי לידות ולמידת התכיפות שלהן יש השפעה רבה על בריאות האישה. מצד שני, גם האי שוויון בין גברים ונשים בתוך המשפחה עשוי לפגוע

5 http://www.adalah.org/heb/cedaw.php#conv
6 WHO, 2011. Human Rights and gender equality in health sector strategies: How to assess policy coherence. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564083_eng.pdf (נדלה ב-25.2.2012).

במצבן הבריאותי של הנשים. אי שוויון במשפחה עלול להביא לפגיעה בתזונתן, לחשוף אותן לאלימות לסוגיה וכו'. הבדלים ביולוגיים בין שני המינים הם מקור להבדלים בגורמי תחלואה ותמותה. לכן גברים נבדלים מנשים גם מבחינת הצריכה של שירותי בריאות. כאמור, סעיף 12 לאמנת CEDAW קובע כי על המדינה מוטלת החובה לנקוט צעדים מתאימים למיגור האפליה נגד נשים בתחום שירותי הבריאות; ולאפשר להן גישה לשירותים אלה, ובכללם לשירותים הקשורים לתכנון המשפחה, להריון וללידה. האמנה מתייחסת באופן ישיר לבריאות הנשים וכוללת הוראות שמבטיחות:

1. שוויון זכויות בין גברים לנשים בנוגע להחלטה על מספר הילדים הרצוי ועל תדירות הלידות, כמו גם השגת מידע ואמצעים למימוש זכות זו.
2. גישה למידע מיוחד בנושא חינוך לבריאות.
3. שמירה על תנאי עבודה בטיחותיים.
4. גישה של נשים כפריות לשירותי בריאות ולתנאים תברואתיים נאותים.

האמנה מתייחסת גם לחובות שונות של המדינה, שמימושן משפיע ישירות על בריאות הנשים, במיוחד בקבוצות מיעוט מסוימות. בין החובות האלה:

- חובת המדינה לצמצם את שיעורי הנשירה מבתי הספר.
- חובת המדינה לחוקק ולאכוף חוק הקובע גיל מינימלי לנישואין.
- חובת המדינה לטפל בדפוסים חברתיים (מנהגים) שמפלים לרעה נשים, כמו מילת נשים.

בשנת 1999 אימצה הוועדה העוקבת אחר ההיענות של מדינות לתנאי אמנת CEDAW המלצה כללית (מס' 24, סעיף 12), שמכירה בהבדלים הביולוגיים בין גברים לנשים ובגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות. ההמלצה שמה דגש על הצרכים של קבוצות אוכלוסייה פגיעות, ובמיוחד על צרכיהן של נשים המשתייכות למיעוטים אתניים או לקבוצות של פליטים, עובדים זרים וכו'. ההמלצה קובעת גם שהעדר שירותי רפואה מונעת המיועדים לנשים משמעו שהמדינה אינה ממלאת את חובותיה. בהמלצה יש דגש על חובת המדינה לכבד את זכויות הבריאות, להגן עליהן ולממש אותן. מימוש הזכויות על ידי המדינה משמעו הקצאת משאבים שווי ערך להבטחת יכולתן של נשים לממש את זכותן לשירותי בריאות ובכלל זאת הזכות לשירות חינם במקרים שבהם יש צורך בכך. כמו כן, למדינה יש חובה לספק שירותי חינוך וייעוץ בתחום הבריאות.

בנוסף לכל אלה, שתי נקודות בהמלצה נחשבות מרכזיות בהקשר הישראלי. האחת, חובת המדינה לבסס את מדיניותה בתחום הבריאות על מידע מהימן בנוגע לגורמי התחלואה ועל מחקר מדעי שמשפר את מצב הבריאות ומתייחס לצרכים של קבוצת

הנשים בהתחשב במאפיינים מיוחדים של תת-קבוצות באוכלוסייה, כמו בני מיעוטים. השנייה, חובת המדינה להקצות משאבים ציבוריים לטיפוח בריאותם של נשים וגברים. ההמלצה קובעת כי המדינה אינה יכולה להתנער מאחריות זו באמצעות העברתה לידיים פרטיות. חשוב גם להדגיש, שחובתה של המדינה להבטיח ולהקצות משאבים לקידום בריאות הנשים בהתחשב בצרכיהן השונים.

הנשים הפלסטיניות בישראל

דמוגרפיה

לפי ממצאי הסקר החברתי-כלכלי (2010) של אגודת הגליל[7], מספר הנשים הפלסטיניות בישראל בגיל 20 ומעלה היה 319,220, כלומר 52.6% מכלל הנשים הפלסטיניות. 47.4% מהנשים, הנערות והילדות הערביות הן מתחת לגיל 20, לעומת 6.0% שגילן 60 ומעלה (טבלה מס' 1). באזור הדרום הבנות שמתחת לגיל 20 הן יותר מ-60% מכלל הנשים.

שיעור הפריון הכללי הוא 3.8 (לידות לכל 1,000 נשים). גיל הפריון המרכזי הוא 25-29. שיעור הפריון של נשים בקבוצת גיל זו הוא 222.2 . באופן כללי הנשים הערביות נישאות בגיל מוקדם יחסית. אחוז הנשואות בקבוצת הגיל 16-17 הוא 11.8%; 89.5% מהנשים בגיל 25 נשואות.

טבלה מס' 1: התפלגות הנשים הפלסטיניות בישראל לפי קבוצות גיל ואזור מגורים

	צפון	חיפה	מרכז	דרום	סה"כ
מתחת ל 20	44.6	34.3	47.0	60.8	47.4
20-60	48.7	58.7	46.9	36.6	46.6
מעל 60	6.7	7.0	6.1	2.6	6.0

נישואין בתוך המשפחה (נישואי קרובים) מהווים 39.5% מכלל הנישואין בקרב הנשים הערביות (27.6% קרבה ראשונה ו-11.9% קרבה שנייה ויותר). עם זאת, קיימים הבדלים בין אזורי המגורים השונים. נישואי הקרובים מגיעים ל-61.4% באזור הדרום, לעומת 40.4% באזור המרכז, 36.9% בצפון ו-29.8% באזור חיפה.

תעסוקה

26.4% מהנשים הפלסטיניות בישראל משתתפות בשוק העבודה[8], לעומת 63.6% מהנשים היהודיות[9]. כ-17% מהנשים הערביות העובדות הן נשואות, לעומת 28.0% גרושות ו-22.5% רווקות. נשים נוצריות משתלבות בשוק העבודה יותר מעמיתותיהן המוסלמיות והדרוזיות. 32.2% מהנשים הנוצריות עובדות, לעומת 19.3% מהדרוזיות ורק 16.7% מהמוסלמיות. בנוסף,

7 **הפלסטינים בישראל: הסקר החברתי-כלכלי השלישי 2010. "ריכאז" - בנק המידע, אגודת הגליל.**

8 **השתתפות בשוק העבודה הוגדרה כך: "כל הפרטים המשתייכים לגיל העבודה (כוח אדם) והם עובדים ובכלל זה מעסיקים ושכירים בנוסף לבני המשפחה העובדים במסגרת העסק ללא שכר".**

9 השנתון הסטטיסטי, 2011. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

46.0% מהנשים הערביות העובדות מועסקות במשרה מלאה, לעומת 21.6% שעובדות במשרה חלקית בהיקף זה או אחר. 11.0% מהעובדות בהיקף חלקי ציינו שהדבר קשור לתפקידן ולמחויבותן כאמהות שצריכות לטפל בילדיהן. כמו כן, 8.8% מהן עובדות בהיקף חלקי רק מכיוון שאינן מוצאות עבודה בהיקף מלא.

מבחינת היקף העבודה, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין גברים מדתות שונות. אחוזי הגברים העובדים במשרה מלאה היו דומים (66.0% מהמוסלמים, 65.7% מהנוצרים ו-62.0% מהדרוזים).

אשר לנשים שאינן עובדות כלל, אלה מציינות שהסיבה העיקרית לכך היא מחויבותן לניהול הבית ולגידול הילדים ודאגה לצרכיהם. בנקודה זאת לא נמצאו הבדלים בין האזורים השונים (65.3% בדרום, 61.0% במרכז, 64.7% בחיפה ו-59.6% בצפון). עם זאת, מהנתונים עולה כי ככל שעולה מספר הזדמנויות העבודה הפתוחות לפני נשים, אחוז הצטרפותן לשוק העבודה עולה גם הוא. במילים אחרות, הצטרפותן של הנשים הערביות לשוק העבודה מושפעת בעיקר ממספר ההזדמנויות שעומדות לרשותן ופחות מגורמים תרבותיים וחברתיים.

לגבי הקשר בין השכלה (שנות לימוד) ותעסוקה, נתוני הסקר מראים שבקרב הגברים, ככל שעולה מספר שנות הלימוד במוסדות על-תיכוניים, גוברת השתלבותם בשוק העבודה. לעומתם, אחוזי האבטלה עולים בקרב הנשים ככל שהן לומדות יותר שנים.

מבחינת מקומות העבודה המועדפים, הנשים הערביות עובדות בדרך כלל בתחומי אזור המגורים שלהן. לעומת זאת, הגברים הערבים נוסעים בכל יום למרחק ממוצע של 90 ק"מ ממקום מגוריהם למקום עבודתם. אצל 69.5% מהנשים העובדות מקום העבודה נמצא במרחק 0-9 ק"מ ממקום מגוריהן, לעומת 15.6% הנוסעות למרחק של עד 29 ק"מ ממקום מגוריהן למקום העבודה.

מצב הבריאות של הנשים הערביות

רוב הסקרים והמחקרים שעוסקים במצב הבריאות של כלל האוכלוסייה בישראל, מצביעים על פערים גדולים בין קבוצות שונות בכל הנוגע למדדי הבריאות. פערים אלה בולטים במיוחד בהשוואה בין ערבים ליהודים. מהסקרים שמתמקדים במצב הבריאות של הערבים עולה תמונה קשה. בקרב הציבור הערבי יש שיעורי הימצאות והיארעות גבוהים של מחלות כרוניות, של גידולים ממאירים מסוגים מסוימים, של מחלות תורשתיות ושל מומים מולדים[10,11]. כמו

10 משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. מצב בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל 2004. פרסום מס' 266 (יולי 2005).

11 משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. מצב בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל 2008. פרסום מס' 329 (נובמבר 2010).

כן, הנתונים מצביעים על תוחלת חיים נמוכה הן של גברים והן של נשים ערבים, בהשוואה לאוכלוסייה היהודית, וכן על שיעורי תמותת תינוקות גבוהים במיוחד בקרב האוכלוסייה המוסלמית. לפי הנתונים על מצבן הבריאותי של הנשים, הנשים הערביות הן הקבוצה שמצבה הבריאותי הוא הקשה ביותר בהשוואה לכל הקבוצות האחרות. מצבן הבריאותי הירוד של הנשים הערביות משתקף בתוחלת חיים נמוכה, בתחלואה גבוהה במחלות כרוניות ובשיעורי תמותה גבוהים ממחלות אלה, בעלייה רציפה בשיעורי התחלואה בסרטן השד והתמותה ממחלה זאת, בעודף משקל ובהשמנה ועוד.

תוחלת החיים

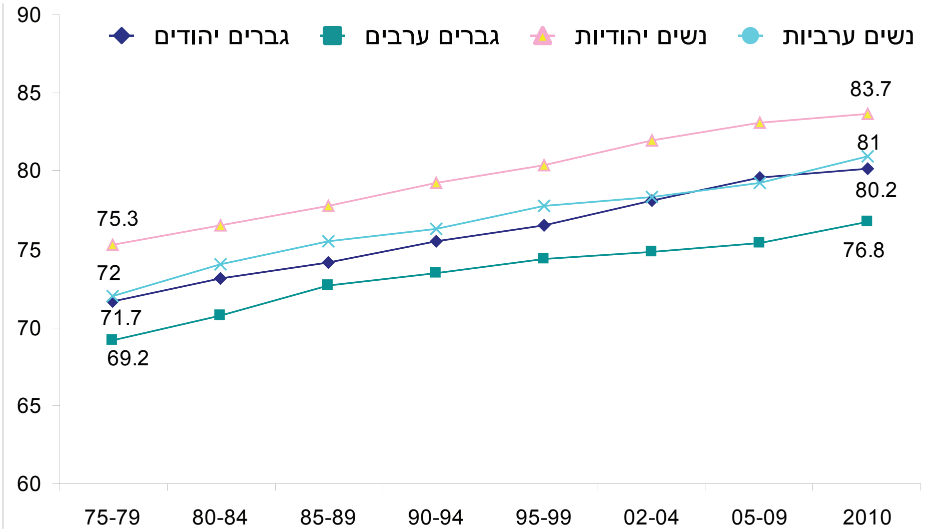
תוחלת החיים בישראל בשנת 2009 היתה 79.7 שנים בקרב הגברים ו-83.5 שנים בקרב הנשים, בממוצע (למ"ס, 2010). הנתונים מצביעים על פערים משמעותיים בתוחלת החיים. תוחלת החיים הממוצעת של יהודים (גברים ונשים) גבוהה מזאת של ערבים. עם זאת, נצפית עלייה מתמדת בתוחלת החיים בשתי הקבוצות (דו"ח OECD)[12].

טבלה מס' 2: תוחלת החיים בישראל (שנים 1975 עד 2010)

	79-75	84-80	89-85	94-90	99-95	04-02	09-05	2010
גברים יהודים	71.7	73.1	74.1	75.5	76.5	78.1	79.6	80.2
גברים ערבים	69.2	70.8	72.7	73.5	74.4	74.8	75.4	76.8
נשים יהודיות	75.3	76.5	77.8	79.2	80.4	82	83.1	83.7
נשים ערביות	72	74	75.5	76.3	77.8	78.3	79.2	81

12 OECD Health Data 2011 http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (נדלה ב-25.2.2011).

גרף מס' 1: תוחלת החיים בישראל (שנים 1975 עד 2010)



תמותה

סיבת המוות המובילה בכלל האוכלוסייה בישראל היא סרטן. בהשוואה בין נשים ערביות לנשים יהודיות כמעט ולא נמצא הבדל בשיעורי התמותה ממחלה זאת (כ-75 ל-100,000). עם זאת, שיעורי התמותה מסיבה זאת בקרב גברים גבוהים יותר מאשר בקרב נשים. מחלות לב הן הסיבה השנייה לתמותה. שיעור התמותה מסיבה זו בקרב גברים ערבים היה 92.6 ל-100,000 (פי 2 מאשר בקרב גברים יהודים). בקרב נשים ערביות, שיעור התמותה ממחלות לב דומה לזה של גברים יהודים (47.8 ל-100,000), כפול מזה של נשים יהודיות[13].

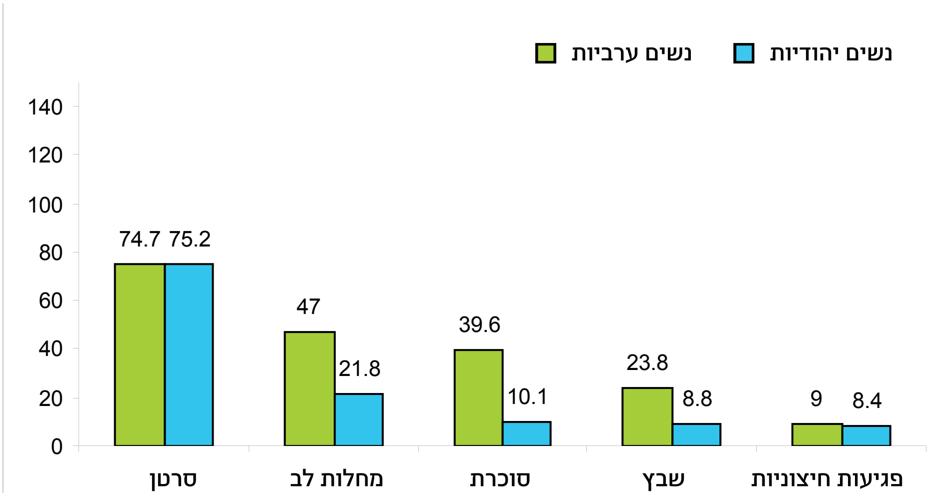
גם מחלת הסוכרת היא סיבה מרכזית לתמותה (השלישית בהיקפה), 39.6 ל-100,000 בקרב נשים ערביות לעומת 10.1 ל-100,000 בקרב נשים יהודיות. שיעור התמותה משבץ מוחי מגיע ל-23.8 ל-100,000 בקרב נשים ערביות, לעומת 8.8 ל-100,000 בקרב נשים יהודיות (דו"ח מצב הבריאות בישראל 2010).

13 משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, מצב הבריאות בישראל 2010. פרסום מס' 333 (אוגוסט,2011) http://www.pagegangster.com/p/v9rZd/ (נדלה ב-25.2.2012).

טבלה מס' 3: סיבות המוות בקרב נשים בישראל

	סרטן	מחלות לב	סוכרת	שבץ מוחי	פגיעות חיצוניות
נשים ערביות	74.7	47	39.6	23.8	9
נשים יהודיות	75.2	21.8	10.1	8.8	8.4

גרף 2: סיבות מוות בקרב נשים, לפי לאום (שיעורים ל-100,000, מתוקננים לגיל)



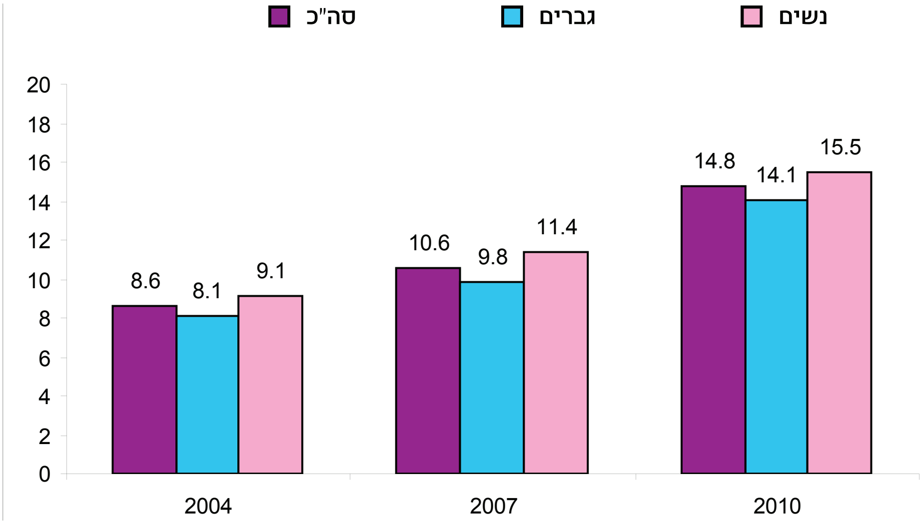
תחלואה במחלות כרוניות

נתוני הסקר החברתי-כלכלי של אגודת הגליל מראים כי 14.8% מהערבים דיווחו שהם סובלים ממחלה כרונית אחת לפחות (15.5% מהנשים לעומת 14.1% מהגברים). הבדלים נמצאו גם בין אזורים גיאוגרפיים ובין סוגי יישובים שונים.

טבלה מס' 4: שיעורי התחלואה במחלה כרונית אחת לפחות בקרב הפלסטינים בישראל (דיווח עצמי)

	2004	2007	2010
כללי	8.6	10.6	14.8
גברים	8.1	9.8	14.1
נשים	9.1	11.4	15.5

גרף 3: שיעורי התחלואה במחלה כרונית אחת לפחות בקרב הפלסטינים בישראל (דיווח עצמי)



נתוני הסקר מראים גם ש-10% מהאוכלוסייה הבוגרת (גיל 21 ומעלה) סובלים מסוכרת (9.3% מהגברים לעומת 10.8% מהנשים). בנוסף, 10.5% מאוכלוסייה זו סובלים מיתר לחץ דם (8.9% מהגברים לעומת 12.2% מהנשים).

בקבוצת הגיל המבוגרת (גיל 60 ומעלה), 41.7% סובלים מסוכרת. אחוז התחלואה בסוכרת מגיע ל-45% בקרב הנשים ול-38.2% בקרב גברים באותה קבוצת גיל. יתר לחץ דם היא המחלה השכיחה ביותר בקרב בני 60 ומעלה. 45.5% מקבוצת גיל זו סובלים מהמחלה ־ 55% מהנשים, לעומת 39.4% מהגברים.

טבלה מס' 5: שיעורי התחלואה במחלות כרוניות נבחרות בקרב בני 21 ומעלה לפי מין (דיווח עצמי)

	סוכרת	י.ל.ד	מחלת לב	כולסטרול	סרטן	אסטמה
כללי	10.0	10.5	4.1	6.6	0.7	1.8
גברים	9.3	8.9	4.9	6.4	0.7	1.6
נשים	10.8	12.2	3.4	6.7	0.7	1.9

טבלה מס' 6: שיעורי התחלואה במחלות כרוניות נבחרות בקרב בני 60 ומעלה לפי מין (דיווח עצמי)

	סוכרת	י.ל.ד	מחלת לב	כולסטרול	סרטן	אסטמה
כללי	41.7	47.5	20.6	24.1	3.4	5.3
גברים	38.2	39.4	22.4	20.4	4.2	2.7
נשים	45.0	55.0	18.9	27.5	2.6	5.4

סוכרת

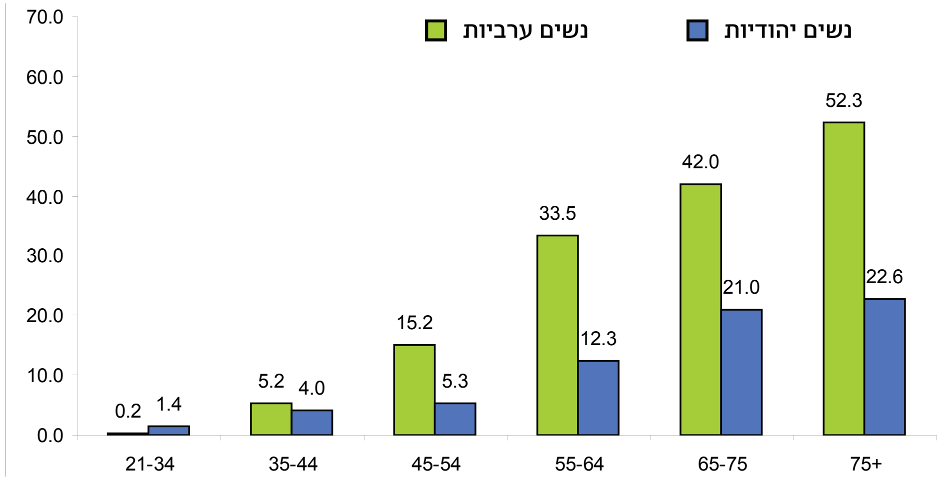
בישראל קיימת מגמת עלייה בתחלואה בסוכרת בעשור האחרון. לפי נתוני סקר INHIS לשנים 2008–2007, 7.6% מהאוכלוסייה בגיל 21 ומעלה דיווחו כי אובחנה אצלם מחלת הסוכרת (8.1% מהגברים ו-7.2% מהנשים). לפי נתונים אלה, התחלואה בסוכרת עלתה ב-29% בקרב גברים וב-39% בקרב נשים, בהשוואה לשנים 2004–2003. שכיחותה של המחלה עולה עם הגיל בכל הקבוצות (טבלה מס' 7). בקבוצת הגיל 45 ומעלה בולט הפער הגדול בין נשים ערביות לנשים יהודיות (התחלואה בקרב הערביות גבוהה פי שניים-שלושה).

ממצאי הסקר מראים ש-9.3% מהנשים בגיל 21 ומעלה סובלות מסוכרת. שכיחות המחלה עולה עם הגיל ומגיעה ל-45% מכלל הנשים בגיל 60 ומעלה.

טבלה מס' 7: שיעורי התחלואה בסוכרת באוכלוסייה הכללית בישראל לפי גיל, מין ומוצא

		34-21	44-35	54-45	64-55	75-65	75+
ערבים	**גברים**	0.4	5.8	14.0	29.5	39.7	35.7
	נשים	0.2	5.2	15.2	33.5	42.0	52.3
יהודים	**גברים**	1.0	2.4	7.8	17.5	24.8	21.9
	נשים	1.4	4.0	5.3	12.3	21.0	22.6

גרף 4: שיעורי התחלואה בסוכרת בקרב נשים לפי גיל ומוצא



יתר לחץ דם ומחלות לב

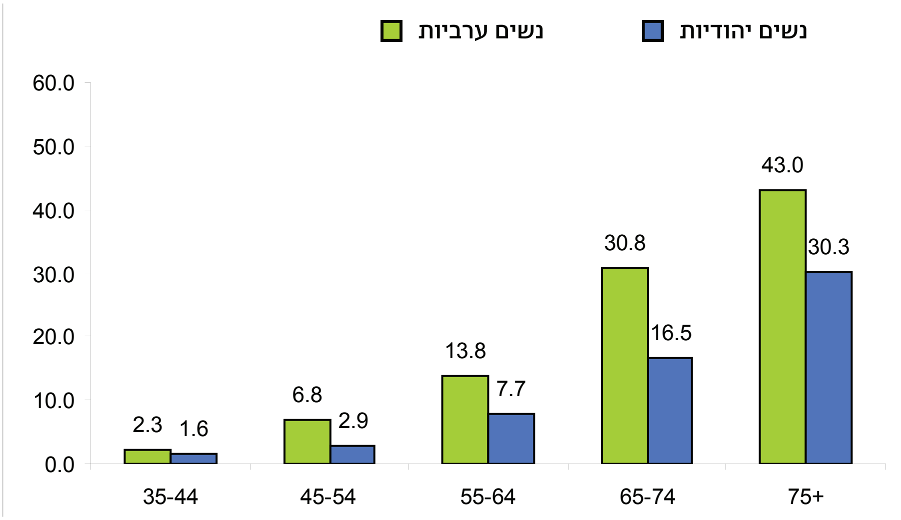
הממצאים מראים ש-12.3% מהנשים הערביות בגיל 21 ומעלה סובלות מיתר לחץ דם (פי 1.4 מהגברים). מהשוואה בינן לנשים יהודיות עולה, שנשים ערביות סובלות ממחלה זו בשיעורים גבוהים יותר בכל קבוצות הגיל (טבלה מס' 8).

3.4% מהנשים הערביות סובלות ממחלת לב כלשהי (פחות מהגברים). גם שכיחות מחלות הלב עולה עם הגיל ומגיעה ל-30% מהנשים בגיל 65-74 ול-43% בגיל 75 ומעלה.

טבלה מס' 8: שיעורי התחלואה במחלות לב באוכלוסייה הכללית בישראל לפי גיל, מין ומוצא

		44-35	54-45	64-55	74-65	75+
ערבים	גברים	2.0	5.2	17.6	27.1	19.8
	נשים	2.3	6.8	13.8	30.8	43.0
יהודים*	גברים	1.0	3.0	9.7	21.6	18.2
	נשים	1.6	2.9	7.7	16.5	30.3

גרף 5: שיעורי התחלואה במחלות לב בקרב נשים לפי גיל ומוצא



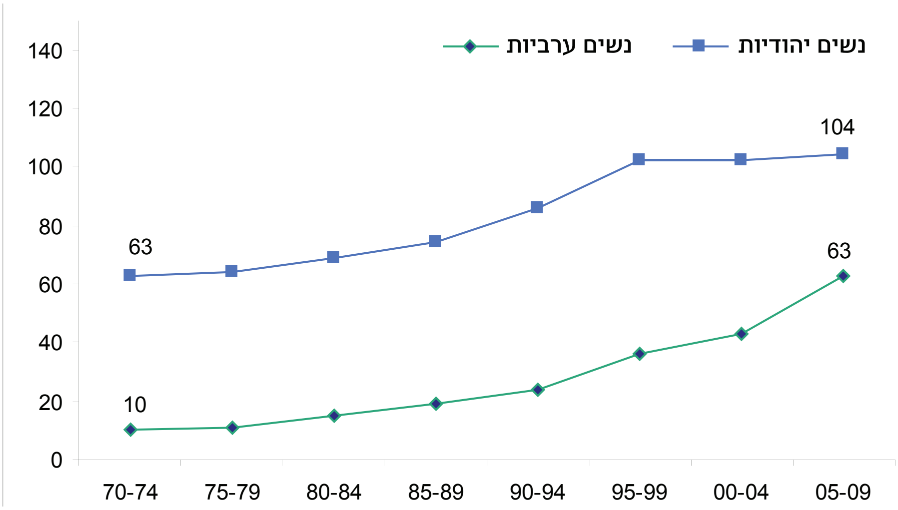
סרטן השד

סרטן השד היא מחלת הסרטן השכיחה ביותר. 30% ממקרי הסרטן בקרב נשים הם סרטן השד. מאז 1970 עלתה שכיחות המחלה בקרב הערביות ביותר מ-600%, לעומת עלייה של 17% בקרב היהודיות. חשוב לציין כי 27.2% ממקרי סרטן השד בקרב הערביות הם בקבוצת הגיל 50-40 ו-15% מהמקרים מתרחשים מתחת לגיל 40 (בריאות בישראל 2010). שיעורי התמותה מהמחלה גבוהים יותר בקרב החולות הערביות מאשר בקרב היהודיות ושיעורי ההישרדות של החולות הערביות לחמש שנים נמוכים יותר.

טבלה מס' 9: שיעורי התחלואה בסרטן השד בקרב נשים בישראל 2009-1970 (ל-100,000)

	74-70	79-75	84-80	89-85	94-90	99-95	04-00	09-05
נשים ערביות	10	11	15	19	24	36	43	63
נשים יהודיות	63	64	69	74	86	102	102	104

גרף 6: שיעורי התחלואה בסרטן השד בקרב נשים בישראל 1970-2009 (ל-100,000)



טבלה מס' 10: יחסי העלייה בתחלואה בסרטן השד בשנים 1979-2009

70/90	90/09	70/09
2.4	2.6	6.3
1.4	1.2	1.7

אצל 45% מהנשים היהודיות החולות, המחלה מאובחנת בשלב מוקדם (שלב 1). לעומתן, רק אצל 31% מהחולות הערביות האבחון הוא בשלב מוקדם. בשלבי המחלה המתקדמים, התמונה הפוכה: כ-43% מהחולות הערביות מאובחנות בשלב מתקדם (שלב 3 ו-4), לעומת 31.4% מהחולות היהודיות.

בשנים האחרונות חלה עלייה באחוזי הנשים, יהודיות וערביות, העוברות בדיקת ממוגרפיה. בשנת 2007, 27.3% מהנשים הערביות עברו בדיקת ממוגרפיה. ב-2010 עלה אחוז הנשים הערביות שעברו ממוגרפיה ל-41.8%.

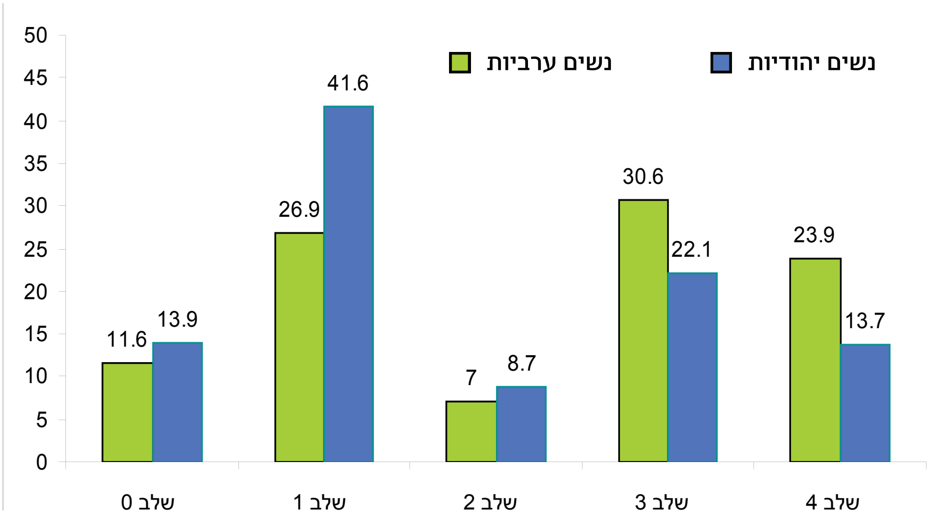
טבלה מס' 11: אחוזי ביצוע בדיקת ממוגרפיה ברב נשים פלסטיניות בישראל בשנים 2007, 2010

	בדיקת ממוגרפיה	
	2010	2007
49-40	35.1	18.2
59-50	53.4	36.7
>=60	41.3	30.6
סה"כ	**41.8**	**27.3**

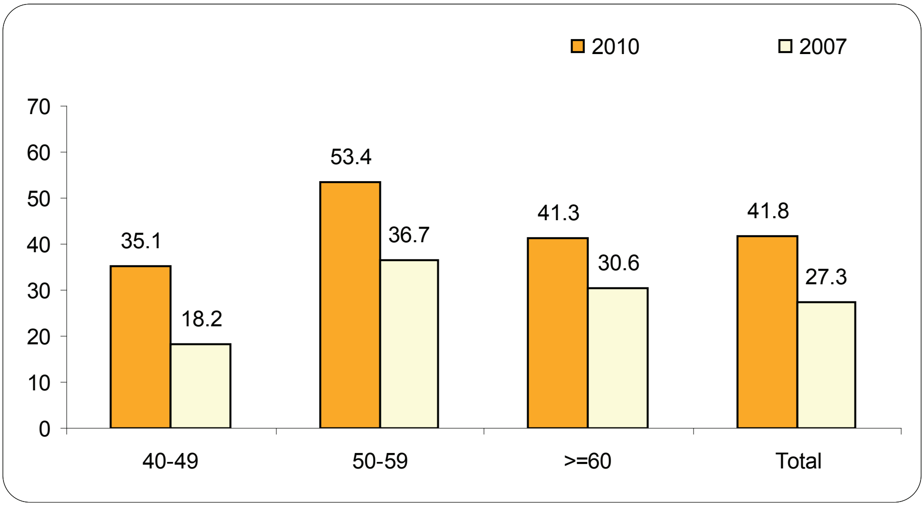
טבלה מס' 12: התפלגות הנשים החולות בסרטן השד בישראל לפי מוצא ושלב האבחון

	שלב 0	שלב 1	שלב 2	שלב 3	שלב 4
ערביות	11.6	26.9	7	30.6	23.9
יהודיות	13.9	41.6	8.7	22.1	13.7

גרף 7: התפלגות הנשים החולות בסרטן השד בישראל לפי מוצא ושלב האבחון



גרף 8: אחוזי ביצוע בדיקת ממוגרפיה בקרב נשים ערביות בישראל בשנים 2007, 2010



השמנה

שיעור ההשמנה (BMI≥30) בקרב נשים ערביות גבוה בהשוואה לנשים יהודיות בכל קבוצות הגיל[14]. ממצאי הסקר של אגודת הגליל (2010) מראים שאחוז הנשים הסובלות מהשמנה עולה בהדרגה עם הגיל (מ-6.7% בקרב בנות 21-34 עד 45% בקרב בנות 50-64). בקבוצת הגיל 65 ומעלה, האחוז יורד ל-27.8% (לעומת 22.2% בקרב היהודיות) (ראו תרשים). כמו כן, 20.8% מהנשים בגיל 21-34 ו-42.3% מהנשים בגיל 35-49 סובלות מעודף משקל (BMI: 25-30), לעומת 18.3% ו-26.4% מהיהודיות בהתאמה.

טבלה מס' 13: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI, גיל 21-34

	תת משקל	משקל תקין	עודף משקל	השמנה
ערביות	24.2	48.3	20.8	6.7
יהודיות	25.8	50.2	18.3	5.7

טבלה מס' 14: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה, BMI, גיל 35-49

	תת משקל	משקל תקין	עודף משקל	השמנה
ערביות	3	33.5	41.3	22.2
יהודיות	15.5	47.5	26.4	13.7

14 משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. מצב בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל 2008. פרסום מס' 329 (נובמבר 2010).

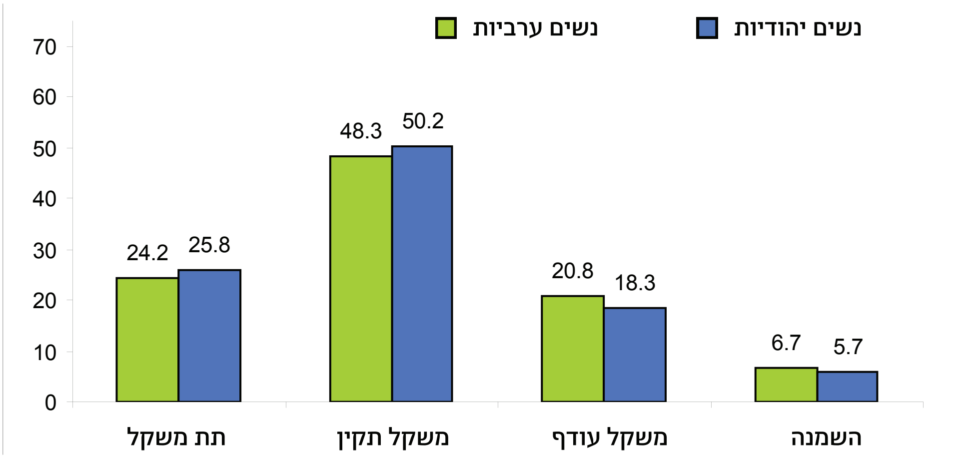
טבלה מס' 15: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI גיל 50-64

	תת משקל	משקל תקין	עודף משקל	השמנה
ערביות	1.6	17.8	35.7	45
יהודיות	4.1	37.9	38.3	19.7

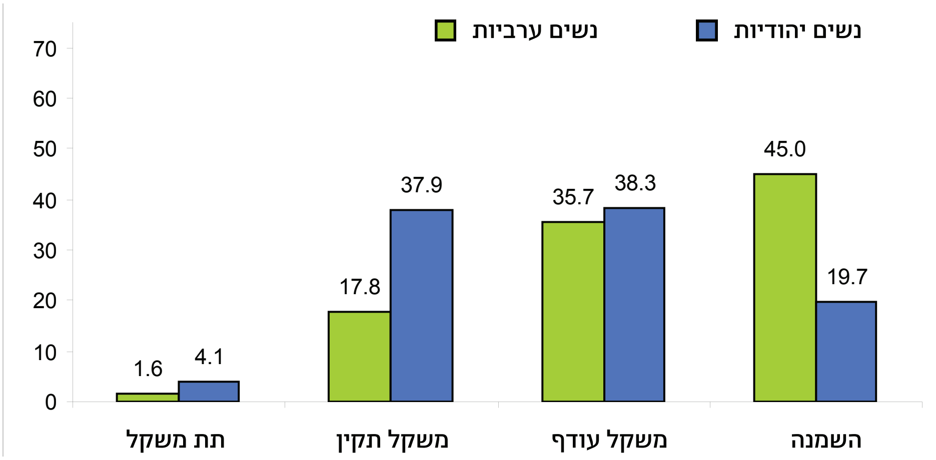
טבלה מס' 16: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI, גיל 65 ומעלה

	תת משקל	משקל תקין	עודף משקל	השמנה
ערביות	0	27.8	44.4	27.8
יהודיות	3	33.5	41.3	22.2

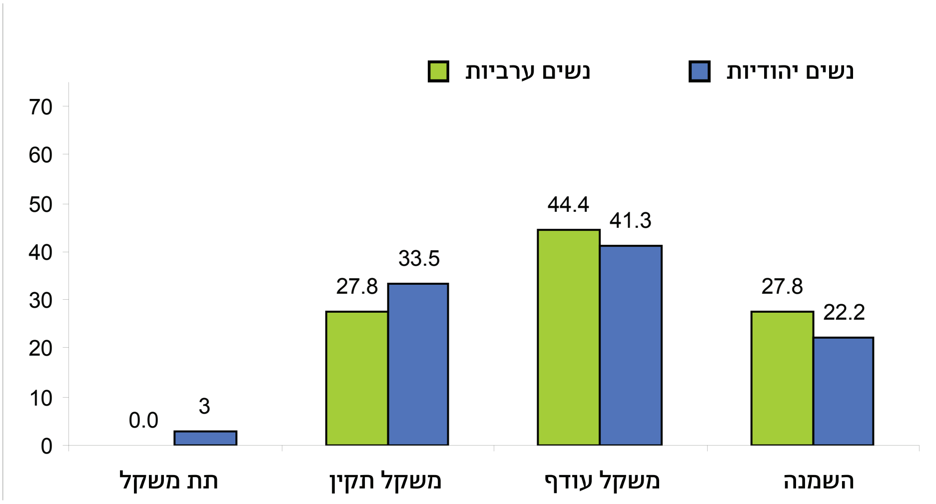
גרף 9: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה, BMI גיל 21-34



גרף 10: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI, גיל 64-50



גרף 11: התפלגות הנשים בישראל לפי אינדקס משקל/גובה BMI, גיל +65



שימוש בשירותי הבריאות

נתוני סקר הבריאות הלאומי בישראל (INHIS), לשנים 2007–2008, מראים כי נשים משתמשות בשירותי הבריאות יותר מהגברים. לדוגמה, 24.7% מהנשים דיווחו כי ביקרו אצל רופא מומחה בחודש האחרון, לעומת 19.5% מהגברים. בסקר נוסף של הלמ"ס (2009) דווח כי 6.9% מהנשים ביקרו אצל רופא כללי, לעומת 5.5% מהגברים. בתוך כך, הנשים הערביות מדווחות על מעט יותר ביקורים אצל רופא המשפחה מהנשים היהודיות (44% לעומת 39.2%) ועל הרבה יותר ביקורים חוזרים אצל הרופא (18.5% לעומת 10.4%).
חשוב לציין כי נשים יהודיות משתמשות יותר ברפואה מקצועית (רופא מומחה). על פי הסקר הלאומי, 26.3% מהנשים היהודיות דיווחו כי ביקרו אצל רופא מומחה בחודש האחרון לעומת 16.3% מהנשים הערביות. בנוגע לביטוח בריאות, ככלל, כל הנשים הערביות נהנות מביטוח בריאותי מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). עם זאת, ל-40% מהנשים הערביות אין ביטוח משלים. בקרב הנשים היהודיות רק ל-8.8% אין ביטוח משלים. אשר לביטוח בריאות פרטי, רק 0.9% מהנשים הערביות נהנות מביטוח זה, לעומת 2.1% מהיהודיות.

הנשים ותקציב המדינה

ניתוח תקציב המדינה לשנים 2011–2012 מראה שתקציב זה אינו מיטיב עם כלל הנשים במדינה (יהודיות וערביות כאחד). מדיניות המס, שבאה לידי ביטוי בתקציב, מרחיבה את הפערים החברתיים בכלל ואת הפערים המגדריים בפרט. בניתוח התקציב ניתן ־ בין היתר ־ להצביע על שני שינויים חשובים שתהיה להם השפעה משמעותית על כלל הנשים בישראל ועל נשים מהמעמד הבינוני ומהמעמד הנמוך במיוחד. האחד הוא ההפחתה המתמשכת במסים הישירים שמשולמים בהתאם לרמת ההכנסה והשני הוא הקיצוץ הרוחבי המתמשך בשירותים הציבוריים, שבמסגרתם מועסקות כשני שלישים מהנשים[15].
רוב הנשים לא ייהנו מההפחתה במסים הישירים, מכיוון שאלה נגבים בהתאם לגובה ההכנסה. מצד שני, הנשים ימשיכו לשאת בנטל המסים העקיפים, כמו המע"מ ומס הדלק (הבלו), שערכם קבוע ושחלים על כולם. כמו כן, כ-80% מהנשים המועסקות לא ייהנו מהפחתת המס (שתימשך עד 2016), מכיוון שהפחתה זו חלה על השכירים הנמצאים בשלושת עשירוני ההכנסה העליונים. מבחינת סולם ההכנסות עולה, שככל שעולים בסולם זה כך עולה גם מספר הגברים בכל עשירון ואילו מספר הנשים יורד. לכן רק נשים מעטות ייהנו מההפחתה במס (טבלה מס' 17).

15 **חסון, י. (2011). התקציב וחוק ההסדרים לשנת 2011–2012 מנקודת מבט ג'נדרית. תנועת נשים לתקציב הוגן.**

טבלה מס' 17: התוספת נטו להכנסה השנתית כתוצאה מהפחתת מס הכנסה, נשים שכירות ללא ילדים, גברים שכירים, 2010-2016, לפי עשירוני הכנסה לשנת 2008

עשירון	גברים				נשים			
	גברים (באלפים)	הכנסה חודשית ברוטו ש"ח	תוספת נטו להכנסה שנתית ש"ח	סך התוספת להכנסה השנתית שיקבלו הגברים בכל עשירון (מיליוני ₪)	נשים (באלפים)	הכנסה חודשית ברוטו ש"ח	תוספת נטו להכנסה שנתית ש"ח	סך התוספת להכנסה השנתית שתקבלנה הנשים בכל עשירון (מיליוני ₪)
1	72.4	1,208	-	-	167.1	1,226	-	-
2	73.8	2,788	-	-	165.8	2,738	-	-
3	99.3	3,806	-	-	140.1	3,754	-	-
4	120.9	4,527	-	-	118.6	4,521	-	-
5	126.9	5,312	-	-	112.7	5,297	-	-
6	129.6	6,234	-	-	110.0	6,260	-	-
7	137.2	7,501	-	-	102.2	7,484	-	-
8	139.3	9,438	767	106.8	100.1	9,407	748	74.9
9	156.4	13,154	3,756	587.4	83.0	12,827	3,285	272.6
10	189.1	25,820	13,811	2,611.7	50.3	24,048	12,539	630.7

הערות: 1. בש"ח, בניכוי מס הכנסה ונקודות זיכוי לגבר ולאישה, לא כולל ניכוי בגין ביטוח לאומי ומס בריאות;
2. חושב על בסיס נתוני הכנסה חודשית ברוטו לפי מין ועשירון הכנסה לשנת 2008.
3. החישוב מעודכן לחודש יולי 2009 לאחר אישור חוק ההסדרים לשנים 2009-2010.

מקור: יעל חסון (2011), התקציב וחוק ההסדרים לשנת 2011-2012 מנקודת מבט ג'נדרית. תנועת נשים לתקציב הוגן

כאמור, המס על הדלק (הבלו) נחשב מס עקיף והעלאתו מביאה לעלייה במחירי הדלק ובמחירי התחבורה הציבורית. הנתונים מראים שהנשים מהוות כ-60% מצרכני התחבורה הציבורית. כפועל יוצא מכך, הנשים בכלל והנשים במעמד הנמוך בפרט ייפגעו במיוחד מהעלאת מס זה. הפחתת המסים מביאה לצמצום בשירותים החברתיים ובתקציבים המיועדים להם. ניתוח התקציב לשנים 2011-2012 מראה על קיצוצים רוחביים בשירותים הציבוריים, שיפגעו בראש ובראשונה בציבור הנשים, מכיוון שהן מהוות רוב (כ-70%) בקרב עובדי המגזר הציבורי (76% מעובדי מערכת החינוך, 72% מעובדי מערכת הבריאות ו-85% מעובדי הרווחה והסעד). הקיצוצים בהוצאה הממשלתית על השירותים החברתיים באים לביטוי גם בירידה בהוצאה לנפש, שנמשכה לאורך העשור האחרון (12,162 שקל בשנת 2001, לעומת 11,465 שקל בשנת 2010). בתקציב 2011-2012 הוצאה זו עולה ל-11,954 שקל, אבל היא נותרת נמוכה מזו של 2001 ואינה מספקת מענה לצרכים שנוצרו במשך עשור עקב הירידה המתמשכת.

הבריאות בתקציב המדינה

התקציב הרגיל של משרד הבריאות לשנת הכספים 2011 הסתכם בכ-19.9 מיליארד שקל ואליו התווספו כ-3.3 מיליארד שקל כהוצאה מותנית. מאז 2008 עלה תקציב הבריאות ב-9% בממוצע בשנה (ראו טבלה 18). בשנת 2012 תקציב זה עלה לכ-20.6 מיליארד שקל. בתקציב זה מודגשים שלושה מרכיבים מרכזיים: תקציב הפיתוח, סל שירותי הבריאות (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שכולל גם טיפול במחלות ממושכות, שירותי בריאות הנפש ובריאות הציבור (בריה"צ). בשנת 2011 אושרה תוספת של 427 מיליון שקל להוספת טכנולוגיות ושירותים שונים לסל, מתוכם 127 מיליון שקל לשירותי בריאות השן לילדים. בהמשך אושרה תוספת של 380 מיליון שקל בכל שנה לשנים 2012 ו-2013. בסך הכל, עד 2013 תוספת שירותים וטכנולוגיות לסל תסתכם ב-1.2 מיליארד שקל. הממשלה גם תיתן לקופות החולים תוספת בשיעור של 1.2% בשנה (לעומת 0.9% בשנים 2008-2010), על גידול האוכלוסייה והזדקנותה. כמו כן, הממשלה הגדילה את היקף התמיכות בקופות החולים בסכום של 50 מיליון שקל, לצורך פיתוח שירותים רפואיים בקהילה ותחליפי אשפוז בקהילה ועמידה ביעדי איכות[16], [17], [18], [19].

טבלה מס' 18: תקציב הבריאות בשנים 2008-2012

הסעיף	2008	2009	2010	2011	2012
תקציב רגיל	**15,338,839**	**16,125,627**	**18,144,776**	**19,867,335**	**20,627,752**
בריה"צ	679,488	754,001	754,800	764,528	766,192
חוק ביטוח בריאות ממלכתי	11,704,465	12,242,546	13,999,738	15,514,320	16,070,669
מרכזים רפואיים לבריאות הנפש	529,450	570,396	611,582	35,406	36,198

ב-15 השנים שחלפו מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי ומאז החלו יישומו, חלה שחיקה בתקצוב מערכת הבריאות. בשנת 2009, הפער בין המימון בפועל של סל הבריאות לבין המימון הרצוי על פי מדדי העדכון שנקבעו נאמד ב-13.3 מיליון שקל (ראו תרשים להלן)[20].

16 תקציב המדינה: הצעה לשנות התקציב 2011-2012. עיקרי התקציב ותוכנית תקציב רב שנתית. ירושלים, אוקטובר 2010.

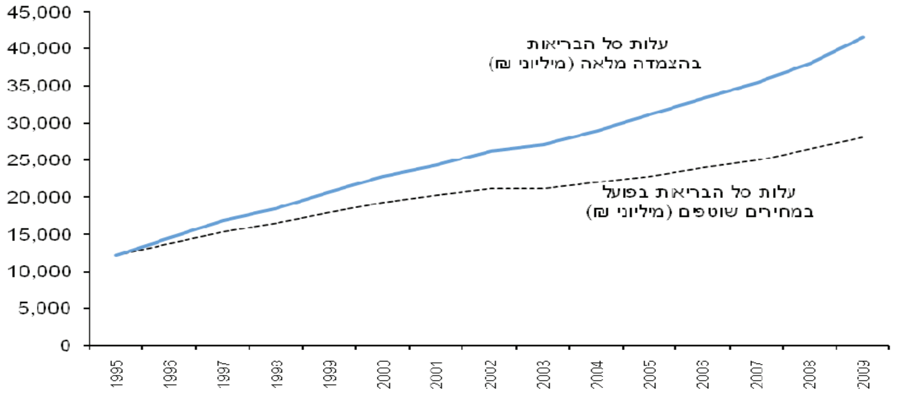
17 הצעת תקציב לשנות 2011-2012 ודברי הסבר: משרד הבריאות והסעיפים הצמודים לו. חוברת ט"ו, ירושלים, אוקטובר 2010.

18 הצעת תקציב לשנות 2009-2010 ודברי הסבר: משרד הבריאות והסעיפים הצמודים לו. חוברת ט"ו, ירושלים, יוני 2009.

19 הוראות התקציב לשנת הכספים 2008: משרד הבריאות. חוברת ט"ו, ירושלים, ינואר 2008.

20 מרכז אדוה. הצעת התקציב והצעת חוק ההסדרים לשנים 2011-2012: פגיעה בדמוקרטיה ויד תקציבית קפוצה. מצגת, 3.11.2010.

עלות סל הבריאות, 1995-2009
עלות הסל בפועל במחירים שוטפים ובהצמדה מלאה



מקור: מרכז אדוה, *הצעת התקציב והצעת חוק ההסדרים לשנים 2011-2012: פגיעה בדמוקרטיה ויד תקציבית קפוצה*, מצגת, 3.11.2010.

בשנתיים 2011–2012, תקציב הפיתוח עדיין יישאר נמוך מזה של שנת 2001, למרות העלייה האיטית בעשר השנים האחרונות (289.2 מיליון שקל ב–2012, לעומת 401.0 מיליון שקל ב–2001). חשוב לציין כי עיקר הצורך בפיתוח הוא בפריפריה, ובמיוחד באזור הדרום.

בריאות הנשים ותקציב הבריאות

מצבן הבריאותי של הנשים משקף סוגיות חברתיות ותרבותיות, שקשורות לזכויותיהן כנשים. מצד אחר, מצבן הבריאותי משקף את יכולתן לממש את זכותן לעשות שימוש יעיל בשירותי הבריאות ובנגישות אליהם. ככלל, כל שינוי בתקציב טומן בתוכו השלכות ארוכות טווח על הנשים, ושינוי בתקציב הבריאות על אחת כמה וכמה. לשינויים אלה יש השלכות חדות יותר כאשר מדובר בנשים ממעמד חברתי וכלכלי נמוך, ובכללן בנשים ערביות.

ההשפעה הישירה והמיידית של תקציב הבריאות על הנשים מבוססת על כמה עובדות, שעליהן מצביעים סקרים ומחקרים רבים:

- מעל 70% מהמועסקים בתחומי הבריאות השונים הן נשים (13,605 מתוך 18,788 עובדי מקצועות הבריאות).[21]
- הנתונים מראים שנשים משתמשות בשירותי הבריאות יותר מגברים. לכך יש סיבות שונות, כמו תוחלת חיים גבוהה יותר, שכיחות גבוהה יותר של מחלות כרוניות והצורך בשירותי בריאות רבים יותר בגלל מצבי בריאות הקשורים להריון, לידה ומערכת הרבייה.
- נשים הן האחראיות הראשיות לבריאות הילדים במשפחה והן המטפלות העיקריות והמלוות את בני המשפחה לשירותי הבריאות בעת הצורך.

21 **שילוב הערבים אזרחי ישראל במערכת הבריאות: סיפור הצלחה? יוזמות קרן אברהם, אפריל 2011.**

סיכום והמלצות

הזכות לבריאות נחשבת זכות בסיסית, הנגזרת מזכותו של האדם לחיים, לחופש ולכבוד. זכות זאת עוגנה באמנות בינלאומיות רבות, שעל חלקן הגדול חתומה גם מדינת ישראל. חתימה זו משמעה התחייבות של המדינה להבטחת יישום ההוראות שכוללות האמנות באמצעות חקיקה, הקצאת משאבים ונקיטת צעדים מעשיים שיביאו לצמצום הפערים בין קבוצות אוכלוסייה שונות, ובכלל זה בין נשים לגברים ובין קבוצות נשים שונות בחברה הישראלית. האמנות הבינלאומיות האלה קובעות גם עקרונות פעולה, שכל מדינה החתומה עליהן נדרשת לאמץ. בתוך כך מודגשים שלושה עקרונות מרכזיים; כבוד, הגנה והגשמה. החובה לכבד מחייבת את המדינה להימנע מהתערבות במימוש הזכות לבריאות על ידי אזרחיה ולהעניק חופש בחירה לשם כך. החובה להגן משמעה דרישה מהמדינה לנקוט צעדים מעשיים, שימנעו מכל צד שלישי להתערב במימוש הזכות לבריאות, ובכלל זאת ספקי שירות, גופים ומוסדות כלכליים ועוד. החובה להגשים מחייבת את המדינה לאמץ צעדים מתאימים לשם הגשמה מלאה של הזכות לבריאות, שיש בהם כדי להקל על הפרט, לספק לו סיוע לפי צרכיו וליזום פעולות שמקדמות את בריאותו.

הנשים נחשבות אחת הקבוצות הפגיעות בחברה הישראלית מבחינת מצבן הבריאותי. סקרים ומחקרים רבים שנערכו בארץ מציגים תמונה עגומה של מצבן הבריאותי של כלל הנשים. לגבי הנשים הערביות התמונה אף קשה יותר. נשים אלה נמצאות במצב קשה יותר מכל קבוצה אחרת בחברה הישראלית בכל מדדי הבריאות ־ תחלואה, תמותה, תוחלת חיים, שימוש בשירותי הבריאות. גם מבדיקה של חלק מההתנהגויות הבריאותיות מתברר שמצבן של נשים ערביות קשה יותר. הנשים הערביות סובלות מאפליה כפולה: מצד אחד הן מופלות לרעה בתוך החברה הערבית עצמה, שהיא חברה פטריארכלית שעדיין מגבילה את מרחב הפעולה של הנשים, ומצד שני הן מופלות לרעה על ידי המדינה במערכותיה השונות, שאינן מאפשרות לנשים לממש את זכויותיהן ואינן מספקות להן הזדמנויות שוות לקידום ולהשתלבות.

בתקציב המדינה באה לביטוי מעשי מדיניות הממשלה בתחומי החיים השונים; כלכלה, חינוך, בריאות, ביטחון וכו'. לכן לתקציב המדינה, להיקפו ולאופן החלוקה שלו יש השפעה ישירה על חיי כל פרט במדינה. להשפעה זו משנה חשיבות כאשר מדובר בקבוצות מיעוט כמו הערבים בישראל ובקבוצות פגיעות כמו נשים, ילדים וקשישים. מכאן עולה החשיבות של בחינת התקציב מנקודות מבט שונות ובהן מהיבט מגדרי.

ניתוח של תקציב המדינה לשנים 2012–2011 מראה שתקציב זה אינו מיטיב עם הקבוצות החלשות בחברה הישראלית. ניסיונותיה של המדינה לצמצם את היקף השירותים הציבוריים

פוגעים קשות באוכלוסיות החלשות ובעיקר בנשים. הנהנות העיקריות ממדיניות השינויים במיסוי, שלכאורה נועדה להיטיב עם כל האזרחים, הן הקבוצות החזקות בחברה. בהיבט מגדרי, הנהנים המרכזיים הם הגברים, בעוד שמצבם הקשה של נשים, קשישים ומעוטי יכולת הולך ומחמיר. באופן יותר ספציפי, ניתוח התקציב מראה שהתקציב המיועד לבריאות אינו הולם את מכלול הצרכים של מערכת הבריאות ושל האזרחים. בתוך כך עולה שהנשים הן הקבוצה שסובלת מהפגיעה הקשה ביותר כתוצאה ממדיניותה הכלכלית של הממשלה בהקשר הבריאותי, שמקבלת ביטוי בתקציב הבריאות. הסיבה העיקרית למצב זה נעוצה בכך שמצד אחד הנשים הן החלק המרכזי בכוח האדם במערכת הבריאות, ומצד אחר הנשים, ובעיקר הנשים הערביות, הן צרכניות שירותי הבריאות המרכזיות. מצב זה נובע מכך שמצבן הבריאותי של נשים קשה מזה של גברים.

מצבן הבריאותי הקשה של הנשים הערביות בישראל הוא תוצאה של מגוון גורמים חברתיים, תרבותיים, כלכליים, פוליטיים וסביבתיים. אנו מאמינים כי חובתה של מדינת ישראל לשאת באחריות הכוללת ולפעול במסגרת תוכניות לאומיות רחבות ויסודיות, מתוך הבאה בחשבון של כל הגורמים המשפיעים על הבריאות ומתן מענה הולם לצרכיהן של הנשים בכלל והנשים הערביות בפרט בהקצאת משאבים תקציביים (מימון, תשתיות, הון אנושי ועוד), כדי להביא לשינוי ולשיפור במדדי הבריאות המאפיינים קבוצה זו. אחריות זו כוללת בחינה מחודשת של תקציב המדינה בהיבט מגדרי ונקיטת צעדים במסגרת מדיניות של השקעה בנשים ואף אפליה מתקנת לטובת הנשים.

על בסיס האמור לעיל אנחנו קוראים לאמץ שלושה עקרונות מרכזיים שיעמדו בבסיס התכנון וקביעת סדר העדיפויות בתקציב המדינה. העקרונות המוצעים יכולים לחולל שינוי ולהביא לשיפור בהקשר של בריאות הנשים הערביות בישראל:

- שיפור תנאי חייהן של הנשים הערביות.
- צמצום ממדי האי-שוויון החלוקתי; כוח, כספים ומשאבים ברמה הארצית, האזורית והמקומית.
- ניטור ומעקב רציף ושיטתי אחר מצבן הבריאותי של הנשים הערביות; הפצת מידע, העצמה ופיתוח יכולות.

לשם יישום העקרונות האלה, יש להיערך בהתאם ובעיקר לאמץ תקציב שיבטיח את קיומם של כל המשאבים הכספיים שיאפשרו ביצוע הפעולות הנדרשות. במסגרת השינויים התקציביים אנחנו קוראים להקצות תקציבים מתאימים ליעדים הבאים:

בריאות

- העלאת אחוז הנשים הערביות המשתלבות בשוק העבודה בכלל ובמערכת הבריאות

בפרט, באמצעות הוספת תקנים בכל מסגרות הבריאות ברמות השונות של המערכת הממשלתית (המטה, המחוזות והנפות) וברמה המקומית (רשויות מקומיות).

- העלאת אחוז הנשים הערביות המועסקות במסגרות האקדמיות (אוניברסיטאות, מכללות וכו').
- חיזוק ופיתוח המחקר העוסק בסוגיות הקשורות לבריאות הנשים הערביות כבסיס לתכנון ארוך טווח, המיועד לשפר את מצבן הבריאותי.
- פיתוח מערכי מידע על הנשים הערביות ועל מצבן הבריאותי, שיהיו חלק אינטגרלי ממערך המידע הקיים בקופות החולים וממסגרות הטיפול האחרות הקיימות.
- הקצאת תקציבים ייחודיים לתוכניות לקידום בריאותן של הנשים הערביות.
- הרחבת והוספת שירותי אבחון מוקדם, ובכלל זאת מכוני ממוגרפיה, והנגשתם לאוכלוסיית הנשים הערביות ביישובים הערביים למיניהם.
- הרחבת התוכנית הלאומית לגילוי סרטן השד, כך שתכלול גם את קבוצת הנשים הערביות בגיל 40–50 שנים.
- הרחבת התוכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא, כך שתכלול מספר גדול יותר של יישובים ערביים.

חינוך

- הקצאת תקציבים לפעולות שנועדו לצמצם את אחוזי הנשירה מבתי הספר, מתוך מתן עדיפות לאזורים וליישובים שבהם קיימים אחוזים גבוהים יחסית של נשירה, כמו אזור הנגב.
- שיפור מכלול התנאים הבריאותיים במוסדות החינוך (תשתיות, תוכניות קידום בריאות, תנאי בטיחות, רווחה וכו'), כדי לקדם את בריאות הנשים ־ שהן אחוז גבוה מכלל עובדי מערכת החינוך ־ וכן את בריאות התלמידים.

כלכלה

- הרחבת הרפורמות במסים באופן שייטיב עם כלל הנשים העובדות, ובמיוחד עם הנשים הערביות.
- הקצאת תקציבים נוספים וייחודיים ליוזמות כלכליות שיספקו הזדמנויות תעסוקה הולמות לנשים הערביות בתחומי הבריאות, הטכנולוגיה, העסקים ועוד.